Rok XXVI. Kraków, 22 Stycznia 1887. Nr. 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłate przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w **Austryi** 8 złr. 80 ct.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	we **Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Zator tętnicy wieńcowéj serca (*Embolia arteriae coronariae cordis*) za życia rozpoznany.

Przez

Prof. Dra Korczyńskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3.)

W dniu 20/6 o godz. 8¾ z rana zmienił się nagle stan choréj w chwili, gdy odwrócony twarzą od choréj wykładałem przy sąsiedniém łóżku. Chora dotąd spokojnie w łóżku siedząca wydała nagle okrzyk bólu, chwyciła się ręką za okolicę serca, i bezwładnie upadła na swe posłanie. Przyszedlszy natychmiast do choréj, spostrzegłem przedewszystkiem, że jest przytomną, że nie oddycha ani częściéj, ani bardziéj nasilonym sposobem niż zazwyczaj, że na twarzy nie okazuje ani sinicy ani bladości, tylko niepokój, jaki spostrzega się u chorych w napadzie stenokardyi. Zapytana, co jéj się stało, chwyta ręką za okolicę serca i podaje, że nagle doznała gwałtownego bólu w głębi klatki piersiowéj. Zadawszy choréj to pytanie, ująłem bezwiednie prawie jéj rękę i spostrzegłem, że tętno stało się bardzo rzadkiém, nie tracąc zupełnie na miarowości. Wynosiło ono 40 uderzeń na minutę i co do innych cech przedstawiało się tak, jak zazwyczaj poprzednio. Nie tracąc więcéj czasu, niż potrzeba na demonstrowanie kliniczne dotychczas spostrzeganych objawów, zabrałem się przedewszystkiem do zbadania serca. Uderzenie końca serca niezmienione ani co do siły, ani miejsca, gdzie je poprzednie badanie wykazywało. Stłumienie serca tylko ku wierzchołkowi zwiększone, tak że odgłos stłumiony rozpoczyna się już na 3ciém żebrze, w poprzek zaś nie dochodzi do linii środkowéj ciała. Osłuchiwanie stwierdza przedewszystkiem osłabienie szmerów nad aortą, przy utrzymanych tonach nad tętnicą płucną i nad prawą komórką i zniknięcie zupełne tonu skurczowego nad uderzeniem serca, gdzie słyszeć się dał tylko słaby szmer rozkurczowy. Gdym skończył osłuchiwanie i zdał uczniom sprawę ze spostrzeżonych objawów, zauważyłem, że twarz choréj zbladła, że źrenice się rozszerzyły a chora zaczęła tracić przytomność. Tętno w tym czasie wynosiło 32 na minutę i było słabsze; oddech nie więcéj niż poprzednio przyspieszony, ciepłota ciała widocznie obniżona, a skóra przy tem wilgotna. Po krótkiéj chwili twarz zaczęła sinieć, chora straciła przytomność, w twarzy i odnogach pojawiły się jakby kurczowe ruchy, a liczba tętna opadła na 24. Trzymając ciągle za tętno choréj, ledwie zabrałem się do objaśnienia powyż wymienionych objawów, gdy spostrzegłem, że tętno coraz bardziéj słabnie. Zaledwie zdołałem wypukać wymiar poprzeczny serca, przyczem znalazłem, że takowy się nie powiększył i przyłożyć stetoskop do okolicy serca, zanim mogłem serce należycie osłuchać, chora wykonała kilka głębokich ruchów oddechowych, którym wcale nie towarzyszyły rzężenia tchawicowe, i siniejąc bardziéj na twarzy, żyć przestała.

Całe to zajście trwać mogło nie więcéj nad 8—10 minut, tak że rozpoczęte wśród badania rozpoznanie ukończyłem stojąc już przy zwłokach choréj.

Nie trudno mi było udowodnić, że przyczyną całego zajścia jest upośledzenie czynności serca. Za tém przemawiała rozpoznana już poprzednio wada sercowa, nagły ból w okolicy serca i nagłe opadnięcie ilości tętna przeszło o połowę niespełna przed 2 godzinami stwierdzonéj częstości, obok braku wszelkich zmian tak w częstości, jakotéż w nasileniu ruchów oddechowych.

Niezwykły zbieg innych okoliczności ułatwił mi rozpoznanie właściwéj przyczyny anatomicznéj porażenia serca, jakie rozpoczęło się i zakończyło w moich oczach i w przytomności całego audytoryjum klinicznego. Rozpoznałem wprost zator tętnicy wieńcowéj serca. Nagły ból w okolicy serca, tak silny, że chorą siedzącą na łóżku powalił na łóżko i zmiana w rysach twarzy podobna do téj, jaką spostrzega się w napadach stenokardyi, zwrócił uwagę przedewszystkiem na tętnice wieńcowe serca. Dla braku miażdżycy w tętnicach obwodowych i dla braku napadów dusznicy lub stenokardyi

w całym dotychczasowym przebiegu choroby, jak niemniéj dla wieku młodego choréj można było wykluczyć miażdżycę tychże tętnic. Dla zakrzepu zdawały się nie istnieć warunki powstania, gdyż sprawa cała odegrała się nagle bez jakichkolwiek zwiastunów, natomiast dla zatoru zdawała się istnieć podstawa w rozpoznaném zapaleniu śródsierdzia i zawale krwawym śledziony, w następstwie téj sprawy powstałym. Obraz choroby odpowiadał zresztą doświadczeniom nad zamknięciem tętnic wieńcowych serca, dokonanym w tych czasach przez Samuelsona i Cohnheima wspólnie z Schulthess-Rechbergiem, które świeżo tkwiły mi w pamięci.

Rozpoznawszy jednak w sposób tak śmiały, w jaki dotychczas nikt za życia nie rozpoznawał, musiałem wykluczyć przedewszystkiem wszystkie inne zboczenia, któreby tak nagłe porażenie serca za sobą pociągnąć mogły. Tu należały przedewszystkiem:

1) Zator tętnicy płucnéj. Dla zatoru pnia tętnicy téj brakowało obecności skrzepu w żyłach obwodowych; skrzepów znaczniejszych w komórce prawéj nie można było przypuścić, albowiem komórka ta nie rozszerzała się wcale w ostatnich dniach obserwacyi, a nadto brakowało szmeru skurczowego nad tętnicą płucną, który zauważył Litten w przypadkach zatoru pnia téjże tętnicy, jeżeli takowy nie odrazu zatkał całą tętnicę. Zator mniejszych gałęzi tętnicy płucnéj, który rozwija się przy osłabioném już poprzednio sercu, obok krwioplucia pociąga za sobą osłabienie lewéj komórki (słabe tętno, objawy niedokrwawności mózgu) a zarazem osłabienie prawéj komórki, rychło powstające powiększenie wymiaru poprzecznego serca, których to objawów tu nie było, a zresztą jest przyczyną nagłej śmierci tylko wtedy, jeżeli serce już poprzednio było do tego stopnia osłabione, że istniały już wybitne bardzo objawy niekompenzacyi.

2. Pęknięcie serca skutkiem tętniaka sercowego lub ostrego rozmiękczenia mięśnia sercowego, lub też pęknięcie aorty bądź w obrębie worka sercowego, bądź po za takowym. Przeciwko temu przemawiał brak objawów ostréj niedokrwawności, jaką się w tych przypadkach zawsze zauważa, jak niemniéj brak rozdęcia worka sercowego, któreby się przedewszystkiem objawić musiało rozszerzeniem znaczném stłumienia w wymiarze poprzecznym serca.

3. Porażenie serca skutkiem stłuszczenia, otłuszczenia, lub zwyrodnienia włóknistego. Takowe przydarza się wtedy dopiero, gdy pobudliwość mięśnia sercowego jest już wyczerpana i gdy istnieją już wybitne objawy niedomogi i znużenia mięśnia sercowego w postaci ogólnéj opuchliny, częstego niemiarowego i słabego tętna, którychto objawów nie było wcale u choréj, nieokazującéj nawet śladów jakiejkolwiek opuchliny.

4. Nagła śmierć w przebiegu zapalenia wypocinowego opłucny, któréj przyczyny tak dokładnie zbadał Leichtenstern (*Deutsches Arch. f. kl. Med.* I. 25. str. 325). Można ją było wykluczyć, albowiem wypocina nie była znaczna, nie przesuwała narządów sąsiednich, a przedewszystkiem serca, nie wywoływała poprzednio omdlewań, a chora nie wykonywała żadnych ruchów, lecz spokojnie siedziała w łóżku.

Wykluczywszy w ten sposób wszystkie inne przyczyny śmierci nagłéj, sądziłem, że jestem upoważniony do rozpoznania zatoru tętnicy wieńcowéj, a to tém bardziéj, że za tém przemawiały jeszcze: zniknięcie pierwszego tonu nad lewą komórką obok niezmienionych tonów nad komórką prawą i nad tętnicą płucną i powiększenie się stłumienia serca ku jego wierzchołkowi, co odpowiadało rozdęciu lewego przedsionka. Mimo to nie bez pewnego wzruszenia, wywołanego niepewnością, czy sprawdzi się moje rozpoznanie, oczekiwałem nekroskopii.

Sekcyja, wykonana nazajutrz w Zakładzie anat.-pat. prof. Dra Browicza wykazała: *Endocarditis chronica deformans valvularum semilunarium aortae subs. stenosi et insufficientia ostii arteriosi sinistri. Hypertrophia excentrica cordis sinistri. Myocarditis fibrosa disseminata, probabiliter embolica et degeneratio adiposa musculi cordis. Embolia recens rami arteriae coronariae cordis sinistrae ad marginem posteriorem ventriculi sinistri. Pleuritis fibrosa dextra. Residua serosa pleuritidis sinistrae. (Hydrothorax sinister?) Atelectasis e compressione marginis inferioris pulmonis sinistri. Oedema levioris gradus pulmonis utriusque. Oedema laryngis detumescens. Hyperaemia passiva et degeneratio adiposa hepatis et renum. Infarctus embolici recentes renum et lienis, infarctum obsoletum praestantes.* Protokół sekcyjny opiewa jak następuje:

Skóra blada, w tylnéj części tułowia i odnóg plamy sine, rozlane, rozległe. Podściółka tłuszczowa dość dobrze utrzymana. Puchliny podskórnéj nawet na stopach nie znaleziono. Czaszka i opona twarda prawidłowe. Naczynia żylne opon silniej krwią wypełnione. Naczynia tętnicze na podstawie mózgu prawidłowe. Naczynia żylne w mózgu krwią wypełnione. Zresztą mózg, móżdżek i rdzeń przedłużony prawidłowe. Błona śluzowa gardzieli nieco mocniéj zaczerwieniona. Błona śluzowa wejścia do krtani, a zwłaszcza po tylnéj zewnętrznéj stronie téjże, pomarszczona. Błona śluzowa wnętrza krtani blada, gładka, tchawica prawidłowa.

Płuco prawe z małemi wyjątkami prawie na całéj swéj powierzchni zrośnięte ze ścianami klatki piersiowéj i workiem sercowym błonami włóknistemi, jednak dość wiotkiemi. W tylnych częściach worka opłucnowego téj strony znajduje się tylko nieznaczna ilość cieczy pomiędzy błonami wrzekomemi. Zresztą na opłucnie świeżych zmian zapalnych nigdzie nie widać, podobnie jak i po stronie lewéj, gdzie płuco tylko nieznacznie przedstawia zrosty a natomiast wolno pływa pośród obficie nagromadzonéj cieczy, cechy surowiczéj. Widocznie jest tylko na opłucnie płuc, zwłaszcza w częściach tylnych i dolnych, lekkie, rozpierzchłe, mleczne zabarwienie i dość liczne, ciemno brunatne plamy barwikowe. Świeżych plam wybroczynowych nie widać. Płuco prawe we wszystkich swych częściach jest powietrzne, elastyczne. Na przekroju części tylne płuca prawego są miernie przekrwione a z powierzchni przekroju wycisnąć można wszędzie mierną ilość cieczy, drobno pienistej, surowiczéj, tylko lekko krwawo zabarwionéj. Nigdzie konsystencya miąższu płucnego nie jest zmniejszona, owszem, miąższ płucny w dotyku sprawia wrażenie zwłaszcza w płacie górnym jakby był ze zbitéj, gęściejszéj tkaniny złożonym. Miąższ płuca lewego z wyjątkiem niezbyt szerokiego pasu przybrzeżnego płata dolnego, gdzie płuco okazuje zmniejszoną objętość, powierzchnię ciemno-siną, pomarszczoną, miąższ bezpowietrzny, ciemnoczerwony, łykowaty, zachowuje się jak miąższ płuca prawego. W oskrzelach obu płuc nie znaleziono obfitszéj wydzieliny. Z żył wylewa się obfita, ciemna, płynna krew.

W worku osierdziowym nieco zwiększona ilość cieczy, cechy surowiczéj, lekko krwawo zabarwionéj. Oprócz kilku pomniejszych plam mlecznych na osierdziu sercowém widać nadto na załamku osierdzia około przedsionków i początków pni naczyniowych liczne strzępiaste włókienka i nitki tkanki łącznéj, pomiędzy blaszkami osierdzia w tych miejscach rozpiętéj. Serce znacznie powiększone i to głównie w swéj połowie lewéj. Po odcięciu worka osierdziowego i naczyń ważone okazało ciężar 493 gr. Serce całe jest przytem rozkurczone i wiotkie. Przy oglądaniu zewnętrzném zauważono na początku téj gałęzi tętnicy wieńcowéj serca lewéj, która przebiega na lewym brzegu komórki lewéj, ograniczone zgrubienie, sino-czerwono przeświecające, które przy dalszém badaniu i po rozcięciu naczynia, zresztą tak jak i reszta pni i rozgałęzień tętnic wieńcowych prawidłowego, okazało się jako cząstka skrzepu brunatno-czerwonego, kruchego, wielkości ziarna jęczmienia, tkwiąca luźnie w świetle téj gałęzi tętniczej, zresztą tak jak i inne zupełnie próżnéj, na wewnętrznych ścianach gładkiej. Po-

kład tłuszczowy po nad komórką prawą dość znacznie rozwinięty. Grubość mięśnia sercowego komórki prawej w ujściu tętniczém wynosi średnio 5 milimtr., w innych miejscach 2—8 mm. Grubość ściau komórki lewej wynosi średnio 20 mm. Komórka ta jest przytem widocznie rozszerzona. W jamach sercowych nie ma znaczniejszych ilości skrzepów, a te, które znaleziono, głównie w komórce i przedsionku prawym, były świeże. Zastawki dwu i trójkończyste zupełnie prawidłowe. Zastawki półksiężycowe tętnicy płucnéj z dwóch dużych wentylów, przedniego i tylnego, cienkich, podatnych, obszernych, złożone. Natomiast zastawki aorty przedstawiają bardzo znaczny stopień zwyrodnienia i zniekształtnienia: są guzowate, w znacznej części zwapniałe, obłożone kruchemi, łatwo odrywającemi się ibrodawkowatemi wybujałościami, tak że ujście tętnicze lewe jest wyraźnie zwężone, jakkolwiek jeszcze koniec palca wskazującego przezeń przechodzi; zarazem ujście to z powodu niepodatności a jeszcze więcej z powodu skurczenia i skrócenia się zastawek, jest niedomykalne. Mięsień sercowy w obszarze odpowiadającym zaczopowanei gałęzi tętnicy wieńcowéj nie okazuje świeżych wyraźnych zmian, natomiast na jego przekroju widać liczne mniejsze ogniska tkanki białej, bliznowatéj, najliczniejsze i największe w ścianach komórki lewej, a obok tego ogniska drobne, więcej czerwonawo zabarwione, gdy tło samego mięśnia jest więcej blado żółtawe. Także i mięśnie brodawkowe, zwłaszcza komórki lewej, okazują znaczniejszy stopień zwyrodnienia bliznowatego. Mięsień sercowy, pominąwszy ogniska bliznowate, jest wyraźnie kruchszy. *(Dok. nast.)*

II. Z kazuistyki chirurgicznéj.

Podał

Dr. Roman Barącz,
operator we Lwowie.

I.

Trzy przypadki trepanacyi wyrostka sutkowego kości skroniowéj.

Przypadek 1szy. Stanisław Winiarz ze Lwowa, liczący lat 6, uderzony został w sierpniu 1885 r. piłką sprężystą spadającą ze znacznéj wysokości w ucho prawe, poczém zaczął doznawać silnego bólu głowy, wymiotów i bezsenności przez dni kilka, później ból głowy i bezsenność występowały tylko czasami, chory jednak sypiał niespokojnie i zrywał się w łóżku; równocześnie zauważano pogorszenie słuchu w przeciągu kilku dni, chory stał się przytem smutnym i złośliwym. W grudniu 1885 r. wystąpił wśród rwącego bólu i porażenia prawego lica czerwony obrzęk wielkości jaja kurzego za témże uchem, a po pęknięciu tegoż otwór dotąd pozostał. Z wystąpieniem obrzęku za uchem słuch jeszcze bardziéj pogorszył się.

Badanie: Chłopczyk anemiczny, o wyrazie twarzy zołzowym; gdy śmieje się lub płacze, wpada w oko porażenie n. twarzowego prawego; poniżéj małżowiny usznéj lewéj ropień zimny. W odległości 2 cm. od tylnego brzegu mocno odstającéj muszli usznéj prawéj wrzód o wiotkich ziarninach wielkości pół centa, w który wprowadzony zgłębnik wchodzi w jamę otoczoną kością chropawą; w przewodzie usznym prawym polip; wypływ ropny z tegoż przewodu; chory słyszy uchem prawém głos zwyczajny na odległość 1 metra, również uchem lewém; zastósowanie sposobu Politzera obustronnie poprawia słuch tylko w uchu lewém do percepcyi zwyczajnego głosu tylko na 4 metry (?); w uchu prawém po tym zabiegu słuch nie poprawił się. Rozpoznanie brzmiało: *Caries (et necrosis?) proc. mastoid. dextr. post trauma subsequente otitide med. dextr. suppurat. Polypi cavi tympani dextr.* Zalecono ojcu dziecka poddanie tegoż operacyi, którą przy łaskawéj asystencyi Dra Schramma wykonałem 1 maja 1886.

Po dokładném oczyszczeniu pola operacyjnego poprowadziłem w narkozie chloroformowéj cięcie w odległości 1 cm. za brzegiem przyczepienia muszli usznéj prawéj równoległe do tegoż brzegu około 5 cm. długie do kości drążące (cięcie Wildego). Wyważono okostnę po obu brzegach cięcia za pomocą elewatora i przekonawszy się zgłębnikiem, że granulacyje wspólniczą z uchem środkowém, po usunięciu blaszki zewnętrznéj czaszki nekrotycznéj usunięto łyżeczką Volkmanna obfite granulacyje w ubytku kostnym i oddłutowano brzegi chropowatéj kości wyrostka sutkowego w kierunku ku dołowi i wewnątrz; ubytek ztąd powstały miał kształt lejkowaty, był około 2 cm. głęboki i łączył się przytem z jamą bębenkową, z któréj również przez przewód słuchowy zewnętrzny łyżeczką Volkmanna usunięto granulacyje. Krwawienie z kości było mierne; w ranie u góry i dołu założono po jednym szwie; po wystrzykaniu jéj sublimatem wsunięto średniej grubości dren nawskróś przez przewód słuchowy zewnętrzny, na to opatrunek z gazy jodoformowéj. Polecono spokój, dyjetę ścisłą i w razie braku wypróżnienia *ol. Ricini*

Przebieg pooperacyjny nie przedstawiał z początku nic szczególnego; w 2 dni po operacyi wydobyto szwy. Opatrunek zmieniono 7 i 22 Maja i 2 Czerwca. Od ostatnich dni Maja użalał się chory na ból głowy; 7 Maja przy zmianie opatrunku na szczycie jamy wypełnionej wiotkiemi ziarninami w wysokości zewnętrznego przewodu słuchowego widać wśród granulacyj obumarłą obnażoną kość na przestrzeni $^3/_4$ cm.; chory od 10—14 czerwca nieco niespokojniejszy użala się na ból głowy w miejscu rany; przy następnéj zmianie opatrunku 14 czerwca, nie widząc dążności do pokrycia się granulacyjami obnażonéj blaszki kostnéj, zachloroformowałem chorego, wydobyłem łyżeczką Volkmanna blaszkę tę odpowiadającą wewnętrznéj blaszce czaszki $1^1/_4$ cm. długą, a $^1/_2$ cm. szeroką i wyskrobałem ostrożnie w głąb drążące granulacyje, przyczém zauważałem masę białawą, którą podejrzywałem jako istotę mózgową; natychmiast prawie wypuklila się z dna ubytku w kości biaława istota podobna do mózgowéj; palcem wprowadzonym w otwór ten stwierdziłem tętnienie i wszedłem w jamę wypełnioną masą sprężystą, czyniącą przy dotyku wrażenie istoty mózgowéj; za pomocą wzroku można było stwierdzić również tętnienie téj istoty. Dość obfite broczenie krwi wstrzymano tampоnikami z gazy jodoformowéj, któremi też po wystrzykaniu rany roztworem sublimatu (1: 1000) i wdmuchaniu proszku jodoformowego ją wytamponowano; opatrunek jodoformowy uciskowy. Polecono choremu przez dni kilka pozostać w łóżku i zachować zupełny spokój i ścisłą dyjetę. Granulacyje wydobyte przedstawiały bryłki białe podobne do istoty mózgowéj dla tego zachowano je i zbadano w pracowni anatomicznéj prof. Kadyjego. Wśród gęstéj sieci włókien neurogiii liczne komórki trójkątne drobne, nadto drobne nieregularnie ukształtowane komórki zwojowe — obraz odpowiadający zewnętrznéj warstwie kory mózgowéj Schwalbego, a mianowicie warstwie jéj głębszéj: małych komórek piramidalnych.

Dalszy przebieg nie przedstawiał nic nieprawidłowego, tętno tylko w pierwszych dniach po tym zabiegu było nieco przyspieszoném. Opatrywano ranę co tydzień, podczas ostatnich opatrunków tuszowano granulacyje kamieniem piekielnym i po 14 opatrunkach następnych rana zabliźniła się, pozostawiając dość głęboki dołek w kości.

Przypadek 2gi dotyczył 22-letniego urzędnika kolejowego Pana B., który zgłosił się do mnie 10 sierpnia

z obrzękiem za uchem lewém użalając się na silny ból głowy, bezsenność zupełną od 3 tygodni w następstwie cieczenia z ucha lewego i częstego krwawienia. Za wysadzoną muszlą uszną lewą znajdował się dość znaczny płaski zaczerwieniony obrzęk, na którego szczycie był wrzód granulujący wielkości główki od szpilki. Badanie przewodu usznego wykazało tamże polipa wśród obficie wypływającéj ropy. Rozpoznano ropień w wyrostku sutkowym w następstwie zapalenia ropnego ucha środkowego i polecono bezzwłoczne poddanie się operacyi. Wykonano ją dopiero 21 sierpnia. Postępowano zupełnie w ten sam spoósób, jak w pierwszym przypadku, cięcie jednak musiano przedłużyć ku górze do długosci 7 cm., gdyż ognisko zawierające sekwester wypełnione serowatą, zagęszczoną ropą sięgało tu bardzo wysoko; w skutek tego przy dłutowaniu musiano być bardzo ostrożnym z powodu niebezpieczeństwa nadwerężenia zatoki poprzecznéj. Ubytek kostny stanowił lejek przeszło 2 cm. głęboki, spółniczący z jamą bębenkową, który na wskróś przedrenowano; ranę zespojono szwem kuśnierskim. 4go dnia po operacyi rana zgoiła się *per primam* aż do miejsca drenu, wyjęto szwy, 7go dnia zaś usunięto dren; przy 3cim opatrunku rana zupełnie zabliźniona. Chory od dnia operacyi sypia spokojnie, ból i zawrót głowy ustąpił zupełnie.

Przypadek 3ci. Rachela Schwarzowa z Bolechowa l. 19 od 3 miesięcy cierpi na cieczenie z ucha lewego od 3 tygodni zaś na silne bóle w głowie osobliwie w tyłogłowiu i uchu lewém i na bezsenność; równocześnie z wystąpieniem bólów głowy powstał obrzęk bolesny za uchem lewém. Ból głowy występuje w napadach w kilkuminutowych odstępach; nadto chora w ostatnich dniach kilka razy dziennie wymiotuje; od dwóch dni zauważano porażenie prawéj połowy twarzy. Chora znajduje się w 6 miesiącu ciąży. Badanie wykazuje u mocno wychudłéj anemicznéj kobiety obrzęk płaski okolicy wyrostka sutkowego lewego wielkości i kształtu muszli stawowéj; skóra na tymże lekko obrzękła, blada; wyraźne chełbotanie obrzęku; z zewnętrznego przewodu słuchowego ciecze sporemi kroplami ustawicznie ropa mocno cuchnąca zmięszana z brunatnawą posoką; perkusyja kości skroniowéj zwiększa ból. Dla silnych bólów zaniechano badania za pomocą wziernika i zgłębnika. Objawy te przemawiały za rozpoznaniem: *caries (et necrosis?) proc. mastoid. sin. ex ostitide media chron. suppurativa*. Polecono natychmiastowe poddanie się operacyi, którą 17 października przy łaskawéj asystencyi Dra Schramma wykonałem. W narkozie chloroformowéj oględnie bardzo stósowanéj cięciem Wildego, otwarto ropień, za pomocą raspatora obnażono kość od przodu i tyłu cięcia i wnet odkryto ognisko wielkości orzecha tureckiego, wypełnione granulacyjami, które łyżką Volkmanna usunięto; następnie z łatwością z miejsca tego wprowadzono zgłębnik kanałem drążącym do ucha środkowego, oddłutowano ściany tego kanału wypełnionego granulacyjami i w głębi natrafiono na obumarłą kość, którą wydobyto: okazała ona się przy dokładniejszém badaniu i porównaniu z preparatami anatomicznemi, jako wewnętrzna blaszka czaszki, a mianowicie, jako ściana zatoki poprzecznéj. Po dokładném usunięciu błon wrzekomych ropnia za pomocą zakrzywionych nożyczek założono gruby dren w dolny kąt rany, którą opylono jodoformem i zespojono szwem węzełkowym; wprowadzono gazę jodoformową do zewnętrznego przewodu słuchowego i nałożono na ranę szczelny opatrunek jodoformowy.

Po kilkakrotnym opatrunku chora opuściła Lwów 16/11, a Dr. Podłuski doniósł mi wkrótce z Bolechowa, że rana w kilka dni potem, po kilkakrotném zastósowaniu maści lapisowéj, zupełnie zabliźniła się, a wydzielina z ucha zmniejsza się widocznie pod wpływem przestrzykiwań z roztworu borogliceridu i wdmuchiwań do ucha kwasu borowego.

Przypadek pierwszy zasługuje na szczególne uwzględnienie z powodu zajęcia sprawą chorobową kory mózgowéj, na co mamy niezbite dowody w preparatach anatomicznych; bardzo ciekawém zjawiskiem jest brak w obec tego objawów zapalenia opon mózgowych; przypadki podobne nie są mi znane. Etyjologija pierwszego przypadku jest również bardzo ciekawą; uraz dał powód do próchnienia wyrostka sutkowego, a w następstwie wywołał ropienie i przebicie ku jamie bębenkowéj. Ciekawém także jest następowe porażenie n. twarzowego powstałe prawdopodobnie w skutek arozyi kanału Fallopii; być może, że przyszło tu także równocześnie do arozyi kanału *semicircularis extern.* i ropienia w błędniku, jak to nam tłumaczy równoczesne znaczne upośledzenie słuchu. Upośledzenie słuchu w uchu prawém zauważano dopiero w kilka dni po urazie: czy nie wystąpiło ono zaraz po urazie, trudno sprawdzić; w ostatnim razie należałoby je sobie tłumaczyć uszkodzeniem nerwu słuchowego podczas urazu; upośledzenie słuchu w drugiém uchu odnieść należy albo do działania samego urazu, albo do zwyrodnienia na drodze sympatycznéj. Poszukiwanie w wyskrobanych granulacyjach laseczników gruźliczych, których pomimo skrzętnych poszukiwań Schwartzego nie udało mu się w żadnym przypadku wykazać, dało i naszym pomimo wielokrotnych poszukiwań, wynik ujemny. W nowszych czasach udało się Kretschmannowi wykazanie laseczników gruźliczych w granulacyjach pochodzących z pruchniejącego wyrostka sutkowego. Drugi przypadek był powikłany rozległością sprawy chorobowéj ku górze, przez co znacznem było niebezpieczeństwo, nadwerężenia zatoki poprzecznéj. Sekwester wydobyty w przypadku 3cim przedstawia blaszkę kostną rynienkowato zagłębioną, odpowiadającą zupełnie zatoce esowatéj, brak znaczniejszego krwotoku przemawia za tém, że zatoka poprzeczna nie została otwartą; prawdopodobnie przyszło tu do zgrubienia ścian zatoki, które uchroniło zatokę od uszkodzenia podczas operacyi. Że pomimo otwarcia zatoki wyleczenie nastąpić może, za tém przemawiają spostrzeżenia kazuistyczne (por.: Schwartze l. c. *pag. 323*; *Guye Rep. of the Brit. med. Association 1881*).

Co się tyczy leczenia następowego to zastósowaliśmy we wszystkich 3 przypadkach ścisły opatrunek antyseptyczny jodoformowy i uważamy to postępowanie jako odpowiadające nowoczesnym wymogom chirurgii antyseptycznéj w przeciwstawieniu do poleconych przez Schwartzego częstych irygacyj roztworem solnym $^3/_4$ % z dodatkiem 1% karbolu za pomocą klysopompy! Powolne gojenie się pierwszego przypadku odnieść musimy do obecności skazy zołzowéj [1]).

III. Prosty sposób leczenia lekkich zniekształceń kolana u dzieci.

Podał
Prof. Dr. Obaliński.

Celem ominięcia trudnego nieraz a prawie zawsze przy-

[1]) Wszystkie trzy przypadki przedstawiłem na posiedzeniu sekcyi lwowskiej Towarz. lekarskiego gal., jak również razem z prof. Dr. Kadyiem preparaty drobnowidowe z 1 przypadku

krego leczenia ortopedycznego, czy to za pomocą dwudzielnego opatrunku gipsowego, czy też przyrządów stalowych, postanowił Landerer (*Archiv f. klin. Chir.* t. XXXII. 2.) wypróbować w kilkunastu przypadkach koślawego kolana (*genu valgum*) u dzieci całkiem prostego przyrządu elastycznego działającego, po stronie wewnętrznéj odnogi dolnéj. Skład jego i sposób użycia są następujące: Dwa kawałki plastru lepiącego (jeden z nich nieco szerszy niż obwód uda, drugi zaś niż obwód podudzia, obydwa 10—12 cm. długości) łączymy za pomocą taśmy elastycznéj mocnéj, 4—5 cm. szerokiéj a 15—20 cm. długiéj, przyszywając jéj końce do środka obu plastrów tak, że pomiędzy niemi zostaje 3—5 cm. wolnéj taśmy. Dla wzmocnienia działania plastrów nacinamy obydwa po obu bokach a następnie przylepiamy tak, że środek plastru szerszego przypada po wewnętrznéj stronie uda i nieco ku tyłowi, podczas gdy środek plastru węższego przypadnie po wewnętrznéj stronie podudzia i nieco ku przodowi a ztąd wypadnie kierunek taśmy od tyłu i góry ku dołowi i przodowi. Jeżeli więc taśmę podczas nakładania opatrunku dobrześmy naciągnęli, to działanie jéj jest jasne: kłykcie wewnętrzne doznają znaczniejszego ucisku, zewnętrzne zaś pozbawiają się go, przez to kąt między udem a podudziem ku zewnątrz otwarty staje się większym o 5 do 15 stopni tak, że koślawe kolano mniejszego stopnia odrazu się prostuje. Nadto opisany ów kierunek taśmy przywraca równocześnie odwrócone zazwyczaj w takich razach na zewnątrz podudzie.

Landerer podaje, że tym sposobem wyleczył przypadki najlżejsze (165°) w 4—6 tygodniach pod dwoma opatrunkami; cięższe zaś (145°—155°) potrzebowały 4—5 opatrunków w przeciągu dwóch do trzech miesięcy; leczenie najcięższych przeciągnęło się aż do trzech kwartałów. Przytém zwraca on uwagę, aby między zwojami plastrów nie wypukłała się skóra, gdyż przez to powstają łatwo otarcia i zapalenia téjże.

Jakkolwiek opis ten pojawił się w literaturze jeszcze przed dwoma laty, nie zwróciłem przypadkiem nań uwagi aż obecnie a przyznając wielkie korzyści temu postępowaniu, wynikające osobliwie z ułatwionego stósowania metody ortopedycznéj w codziennéj praktyce lekarskiéj nawet tam, gdzie nie ma pod ręką bandażystów lub nie ma ich czém opłacić, nie mogę zataić pewnéj niedogody już z góry przewidzieć się dającéj i o któréj już sam autor mimochodem wspomina, t. j. że do utwierdzenia taśmy, rozwijającéj działanie przez tyle tygodni a nawet miesięcy, potrzeba plastrów.

Kto z lekarzy kiedykolwiek stósował w celach ortopedycznych lub nawet w innych plastry lepiące przez dłuższy czas ten potrafi ocenić całą ztąd wynikającą niedogodę, ten wie, że skóra podlegnie w krótkim czasie otarciu albo wypryskowi, oraz wie, jak trudno utrzymać plastry takie w jednéj pozycyi, osobliwie na odnodze mającéj kształt stożkowaty jak udo, a témbardziéj jeżeli plaster ten ma stanowić punkt oparcia dla dosyć znacznego wysiłu (*stress*) taśmy elastycznéj; przemilczam już o niekorzyści wynikającéj z kolistego ucisku wywartego przez tak długi czas na udzie i podudziu.

Postanowiłem przeto, zatrzymując główną myśl autora, zmienić sposób uczepienia owéj taśmy elastycznéj a w tym względzie była mi bardzo pożyteczną i pomocną wiadomość podana przez Lückego, profesora chirurgii w Strasburgu (*Centralblatt f. Chir.* 1884. N. 10). Zauważał on, że w przeważnéj liczbie przypadków koślawości kolan u dzieci (*genua valga*), też dzieci nosiły podwiązki tak zwane „higijeniczne“ polegające na tém, że taśma, po największéj części elastyczna, utwierdza się jednym końcem do zewnętrznego brzegu pończochy lub skarpetki a drugim do sukien w pasie. Podtrzymywacze te mają zastępować miejsce zwykłych, nibyto szkodliwie przez ucisk na naczynia działających, podwiązek a ztąd ich nazwa „higijenicznych“ i zachwalanie w inseratach, ba nawet w bardzo rozpowszechnionych tygodnikach beletrystycznych.

„Rzecz naturalna“, powiada Lücke, „że u dzieci zdrowych z silnym układem kostnym i mięśniowym nie wywiera to żadnego wpływu, lecz u dzieci wątłych, a przedewszystkiem u rachitycznych, podwiązka ta, nibyto zdrowotna, staje się właściwie szkodliwą, bo zapobiegając nieznacznemu i wątpliwemu złemu sprowadza na pewno szkodę w postaci koślawości kolan.“ Spostrzegał on, że dzieci noszące takie paski wykręcają podudzie instynktowo na zewnątrz, aby tamującemu i niemiłemu ciągnieniu zapobiedz, chociaż nie da się zaprzeczyć, że do wykręcania tego przyczynia się i wprost działanie silniejszéj taśmy elastycznéj.

Jeżeli więc przypadkowy i słaby wysił taśmy elastycznéj może sprowadzić stan patologiczny zwany koślawością kolana, to wysił ten w ten sam sposób lecz więcéj celowi odpowiednio od strony wewnętrznéj użyty, powinien znieść wyrobiony takiż stan patologiczny.

Że go znieść może, udowodnił to Landerer swoją powyżéj przytoczoną pracą; mnie tylko się o to rozchodzi, że można to osiągnąć drogą jeszcze prostszą, bo prawie bez współdziałania lekarza.

Nie miałem pod ręką odpowiedniego przypadku, aby na nim działania taśmy wypróbować, doświadczałem jej tylko na odnogach prawidłowych i mam wszelką nadzieję, że skutek odpowie mojemu oczekiwaniu. Aby zaś dać sposobność użycia i wypróbowania tego sposobu kolegom, którzy częściéj z temi chorobami się spotykają, mianowicie kolegom pedyjatrom, podaję niniejszém metodę, jaką uważałbym za najodpowiedniejszą a przytém najprostszą. Taśmę elastyczną 20 cm. długą a na 3—4 cm. szeroką opatruje się na każdym końcu dwiema mocno przyszytemi zwykłemi nicianemi tasiemkami, które służą do umocowania taśmy elastycznéj i to w dole do przedniego uszka bucika a w górze do wewnętrznego brzegu (więcéj ku tyłowi) krótkich majtek, dobrze do ud i miednicy przylegających, podobnie jak majtki do kąpieli używane. W ten sposób taśma elastyczna przebiegać będzie podobnie jak w przyrządzie Landerera, t. j. od dołu i przodu ku górze i tyłowi, a aplikacyja jéj będzie tak ułatwiona, że wykonać ją potrafi każda matka lub piastunka. Naturalnie tasiemki końcowe muszą być dostatecznie długie, aby naprężenie taśmy mogło być do przypadku odpowiednio zastosowane, t. z. mocniejsze lub słabsze. Na noc możnaby dolne tasiemki przymocowywać do przedniego brzegu skarpetek, gdyby ktoś chciał i podczas snu ortopedycznie działać, chociaż mojem zdaniem wypoczynki nocne w lekkich przypadkach, o których tu właśnie mowa, są zupełnie usprawiedliwione. Nikt mi nie zaprzeczy, że takiż sam przyrząd i w ten sam sposób lecz po stronie zewnętrznéj założony prostować powinien odnogi dolne zagięte w kolanie z kątem otwartym ku wewnątrz czyli tak zwane kolana szpotawe (*genua vara*); tak przynajmniéj rozumowanie teoretyczne w obu razach przypuszczać mi każe. Czy ono się sprawdzi, pokaże doświadczenie a nie wątpię, że szanowni koledzy, którzy więcéj mają sposobno-

ści stykania się z choremi dziećmi, nie omieszkają wypróbować téj metody i tu na tém miejscu objawić swe o niéj zdanie, przychylne czy nieprzychylne.

Na jedną tylko jeszcze okoliczność zwrócić chcę uwagę a mianowicie, że z wydaniem sądu nie należy się spieszyć, gdyż w ortopedycznem leczeniu przestrzeganą być powinna zasada tak trafnie oddana w przysłowiu łacińskiém:

„*Gutta cavat lapidem*“ [1]).

IV. Metoda mierzenia zdolności wydzielniczéj pepsyny jakotéż Sposób otrzymywania naturalnego soku żołądkowego ze żołądka ludzkiego.

Tymczasowe doniesienie z kliniki lekarskiéj prof. Korczyńskiego

podane przez

Doc. W. Jaworskiego.

Obecnie używane dość liczne metody badania chemizmu trawienia żołądka zmierzają do oznaczenia i mierzenia zdolności wydzielniczéj kw. żołądkowego, a względnie kw. solnego przez błonę śluzową. Drugi zaś czynnik trawienia żołądkowego, t. j. pepsyna, bywa o tyle uwzględniony, o ile wydzielanie tegoż idzie w parze z wydzielaniem kw. żołądkowego. Jeżeli żołądek utracił zdolność wydzielania kw. żołądkowego, zachodzi jeszcze pytanie, czy utracił także zdolność wydzielania pepsyny i to w jakim stopniu, czyli innemi słowy, czy w obec zmian anatomicznych elementów wydzielających kw. solny uległy także zmianom komórki wydzielające pepsynę. Szczegół ten dla rokowania jest ważny. Przypadki utraty zdolności wydzielniczéj kw. solnego są bowiem tém cięższe, co do zmian anatomicznych, im więcéj zmniejszoną jest zdolność wydzielania pepsyny. W razie bowiem znacznego upośledzenia albo zniesienia wydzielania pepsyny, błona śluzowa bywa tak kruchą, że nietylko sondowanie ale i same ruchy wymiotne sprawiają odrywanie się z niéj strzępów krwawych. I w tychto przypadkach należy przypuścić, że zmiany anatomiczne w błonie śluzowéj żołądka są tak znaczne, że stan prawidłowy już nie powraca. Wynika więc ztąd, że oprócz zdolności wydzielania kw. żołądkowego należy jeszcze klinicyście ocenić natężenie wydzielnicze błony śluzowéj co do pepsyny. Dotąd stosowane sposoby badania chemizmu trawienia nie mogą jednak ku temu celowi posłużyć. A to raz z powodu, że bodźce służące do podrażnienia wydzielania kw. żołądkowego są różne od tych, które działają na wydzielanie pepsyny, a powtóre, że warunki, wśród których badamy wydzielanie kw. solnego mogą być dla tegoż stałe i niezmienne, a dla wydzielania pepsyny są one zmienne, niedozwalające porównania otrzymanych wyników. Do poznania tych okoliczności doszedłem dopiero, gdy zacząłem badać wpływ kwasów na czynność żołądka (*Medycyna* Nr. 1 i 2, 1887). Z tych badań okazały się dotąd niedostrzeżone działania kwasów na żołądek: 1) Że kwasy przy pewnem zgęszczeniu i w pewnéj ilości wprowadzone do żołądka sprowadzają wylewanie się żółci do tegoż (naturalne zobojętnienie treści). 2) Że kwasy sprawiają pojawienie się ciałek wypocinowych w treści żołądkowéj. 3) Że kwasy podniecają silnie wydzielanie się pepsyny ze żołądka, a tylko nieznaczne kw. żołądkowego, tak że w przypadkach, w których przy zwykłém badaniu nie można było otrzymać treści żołądkowéj nawet po zakwaszeniu trawiącéj, to po wprowadzeniu kwasu do żołądka wydobyta treść dobrze trawiła. Co znaczy tyle, że kwasy są swoistym bodźcem do wydzielania pepsyny nietylko w żołądku martwym, jak to jest już wiadomém, ale i w żywym. Ztąd też łatwo pojąć, że podrażniając żołądek kwasami można otrzymać w tych samych niezmiennych warunkach wyniki porównawcze dla zdolności wydzielniczéj żołądka co do pepsyny tak u różnych indywiduów, jakotéż i w różnych stanach chorobowych, oddzielnie od wydzielania kw. żołądkowego.

Po przeprowadzeniu wielu prób okazały się dwa następujące sposoby wykonania powyższéj myśli najodpowiedniejsze, jeden dokładniejszy dla celów doświadczalnych, a drugi wystarczający dla celów klinicznych.

I. Metoda za pomocą kwasu solnego (doświadczalna). Po uprzedniém przekonaniu się, czy treść żołądka czcza oddziaływa kwaśno lub też nie, nalewa się do tegoż w pierwszym przypadku 200cm.sz. dziesiętnonormalnego, a w drugim tyleż centymetrów sz. lecz na połowę rozcieńczonego dziesiętnonorm. kw. solnego, którego 100 cm.sz. odpowiada w przybliżeniu 3cm.sz. *ac. hydrochlorici dil. offic.*, dopełnione do 100cm.sz. wodą przekroploną. Po pół godziny, w którymto czasie kw. solny ługuje pepsynę, aspiruje się treść ze żołądka, odmierza i sączy. Przesącz miareczkuje się, a 25cm.sz. tegoż bierze się do trawienia w ten sposób, że dopełnia się ich, w razie gdyby kwasota treści nie dochodziła do 50cm.sz. dziesiętnonorm. ługu na 100 cm.sz. przesączu, do tego stopnia kwasoty przez dolanie *ac. hydrochlorici dil. offic.* do poczwórnéj objętości rozcieńczonego, pamiętając, że po dodaniu 0·1cm.sz. tego kwasu zwiększa się kwasota 25cm.sz. przesączu o 3·3 stopnie. Do tak przygotowanego przesączu dodaje się krążek gotowanego białka kurzego o ciężarze 5—6cg., pozostawia przy cieplocie 40°C. i obserwuje czas zniknięcia tegoż. Im wcześniéj krążek znika, tém ilość pepsyny w roztworze, a tém samém i w żołądku, jest większą, gdyż tu trawienie zależne jest tylko od różnicy zawartości pepsyny, a nie kwasu w roztworze, którego kwasota we wszystkich doświadczeniach wynosi 50 stopni. Ilość pepsyny można jednak oznaczać nietylko na podstawie czasu znikania, ale wszystkiemi do tego czasu we fizyjologii używanemi sposobami jak Brückego, Grünhagena, albo Grütznera metodą kolorymetryczną, z tą jednak modyfikacyją, że zamiast zabarwienia włóknika karminem można nim zabarwić białko kurze.

Stosując tę metodę oznaczania natężenia wydzielającéj się pepsyny, czyniłem następujące spostrzeżenia.

1. Jeżeli żołądek czczy zawiera miazgę pokarmową, zachodzi potrzeba dokładnego wypłukania go.

2. Jeżeli się trafi indywiduum, u którego kwas powyższego zgęszczenia wywołuje wlewanie się żółci do żołądka, doświadczenie staje się bezużytecznem.

3. Ilość pepsyny wydzielonéj stosownie do różnych stanów chorobowych jest różną: podczas gdy treść żołądka w niektórych przypadkach już po jednéj godzinie krążek białka trawi, to są przypadki, w których przy tém samém zakwaszeniu treści żołądka potrzeba więcéj niż 24 g. do zupełnego strawienia białka. Zupełnego zaś braku pepsyny przy téj metodzie badania dotąd nie dostrzegłem, lecz tylko bardzo znaczne upośledzenie.

4. Oznaki upośledzonego wydzielania pepsyny dają się

---

[1]) Wszelkie, nawet krótkie, doniesienia z praktyki szan. Kolegów chętnie umieścimy. *Redakcyja.*

już przez oddziaływanie przesączu treści żołądkowéj dostrzegać, a mianowicie, zabarwienie téjże tylko fijołkowo-niebieskie ze siarkanem miedziowym i ługiem potasowym (brak peptonów), opalisacyja lub osad w przesączu po dodaniu żelasinku potasowego, i wreszcie mała tylko ilość jąder ciałek wypocinowych pod mikroskopem.

II. Metoda za pomocą kw. mlekowego czyli kliniczna, dająca bardzo cenne wskazówki rozpoznawcze, uskutecznia się w następujący sposób. Do żołądka czczego, z którego wyciągnięto o ile możności treść, a w razie obecności pokarmów, wydalono je przez wypłukanie, wlewa się 200cm.sz. dziesiętnonorm. kw. mlekowego, odpowiadającego w przybliżeniu 2·2cm.sz. *acid. lacticum conc. chem. purissimum* w 200cm.sz. wody przekroplonéj. Po upływie pół godziny aspiruje się treść ze żołądka i sączy. Osad bada się pod mikroskopem, a przesącz na białko rozpuszczalne, peptonu, kw. solny, kw. mlekowy, a następnie siłę trawiącą (zawartość pepsyny) w ten sposób, że bierze się 2 próby po 25 cm.sz. przesączu, do obydwu daje się po krążku białka o ciężarze 5—6cg., a oprócz tego jednę zakwasza się kroplą kw. solnego i obydwie pozostawia przy cieplocie 40°C. obserwując czas zniknięcia krążków, poczém dochodzi się peptonu w cieczy.

Spostrzeżenia przy stosowaniu téj metody były następujące:

1. Im więcéj godzin potrzebuje krążek białka do strawienia w próbie zakwaszonéj kw. solnym, tém bardziéj upośledzone jest wydzielanie pepsyny, a największe upośledzenie wydzielania pepsyny, bo niedokładne strawienie krążka po upływie 24 g., spostrzegłem w nieżycie śluzowym, jeżeli tenże był połączony z nowotworem rakowym. Nadmienić jednak muszę, że wydzielanie pepsyny ze żołądka przy użyciu kw. solnego jako bodźca, odbywa się energiczniéj, niż za pomocą kw. mlekowego lub octowego, tak że stosowanie metody pierwszéj w przypadkach braku kw. solnego w żołądku daje wyniki pewniejsze.

2. W razie nadmiernego wydzielania kw. solnego (*Hypersecretio* lub *gastrorrhöe acida)* wyniki téj metody są następujące: *a)* silne zabarwienie niebieskie przesączu barwikiem metylofijołkowym; *b)* wyraźne oddziaływanie na peptony; *c)* znaczna ilość drobnych połyskujących jąder komórek wypocinowych; *d)* strawienie krążka białka w próbie niezakwaszonéj kw. solnym, w przeciągu kilku godzin, podczas gdy strawienie tegoż po kilkunastu godzinach przemawia za prawidłowém wydzielaniem kw. solnego przez błonę śluzową.

3. W przypadkach niezdolności wydzielniczéj kw solnego daje metoda następujące wyniki: *a)* Brak wybitnego oddziaływania niebieskiego po dolaniu barwika metylofijołkowego do przesączu; *b)* kwasota przesączu zwykle niżéj 50 stopni; *c)* brak oddziaływania na pepton, a natomiast oddziaływanie na białko po dodaniu żelasinku potasowego: *d)* niestrawienie białka w przesączu niezakwaszonym kw. solnym po 24 g. a strawienie w próbie zakwaszonéj, jeżeli zdolność wydzielania pepsyny znacznie upośledzoną nie została.

4. W przypadkach pojawiania się większych ilości żółci w żołądku doświadczenia są stracone.

Obydwie powyższe metody mają na celu zbadanie zdolności wydzielniczéj pepsyny żołądka żywego, są przeto odmienne od innych dotychczasowych (Grütznera, Grünhagena, Brückego) mających odmienny cel, bo oznaczenie ilości pepsyny w płynach poza ustrojem, jakotéż jest ta metoda różną od postępowania doświadczalnego E. Schütza, który badał bez stosowania bodźców, czy w treści żołądka czczego zawarta jest pepsyna czyli téż nie.

W końcu wypada mi zwrócić uwagę, że spostrzeżenia moje co do zachowania się kwasów w ogólności, a kw. solnego w szczególności, w żołądku żywym, dozwalają otrzymywać sok żołądkowy o dowolnéj kwasocie i o dowolnéj ilości pepsyny wprost z człowieka. Wlewając bowiem według potrzeby i okoliczności 200—400cm. sz. kw. solnego rozmaitego zgęszczenia ($^1/_{20}$—$^1/_{10}$ normalnego) do żołądka czczego człowieka, można z tegoż po upływie jednego lub więcéj kwadransów aspirować sok żołądkowy o dowolnéj sile trawiącéj. A w ten sposób bez szkody dla badanéj osoby, z wielką łatwością otrzymany sok żołądkowy może być przydatniejszym do doświadczeń lekarskich, niż dotąd otrzymywany sztuczny ze żołądków pośmiertnych zwierząt, gdyż wyniki doświadczalne mogą być wprost odniesione do człowieka. W ten sposób otrzymanego soku żołądkowego używałem już w moich doświadczeniach do trawienia tkanin zwierzęcych, krwi, ropy i śluzu. Ze zdrowego zaś człowieka tą metodą otrzymywany energicznie działający sok żołądkowy mógłby nawet zwolennikom przetworów trawiących oddać o wiele lepsze usługi terapeutyczne, niż obecnie ze żołądków psów lub świń otrzymywane rozmaitego rodzaju esencyje pepsynowe, zwłaszcza że przekonałem się, że w ten sposób otrzymany sok żołądkowy utrzymuje się całemi tygodniami bez zmiany.

V. Oceny i sprawozdania.

Toksykologija.

Lenhartz: **Przyczynek do zatrucia chloranem potasowym.**

W pierwszym Nrze „*Deutsche medicinische Wochenschrift*“ rb. opisuje Dr. Hermann Lenhartz, docent uniwersytetu lipskiego, przypadek chorobowy, od samego początku aż do śmierci przez siebie jak najdokładniéj spostrzegany i wszechstronnie badany, w którym samo płukanie gardła 3% rozczynem chloranu potasowego, do czego zużyto około 50 gramów w przeciągu 36 godzin, sprowadziło zbieg zjawisk charakteryzujących otrucie tym lekiem, a 7go dnia nagłą śmierć.

Autor wyzyskuje przerzeczony przypadek ku poparciu zapatrywania Marchanda na wątek trującego działania chloranu potasowego, wedle którego sól owa działa bezpośrednio na czerwone ciałka krwi, zamieniając ich oksyhemoglobinę na methemoglobinę burzy takowe a rozpadowemi ich wytworami zapychając kanaliki moczowe nerek wstrzymuje wydzielanie moczu — przeciw niedawno ogłoszonemu zdaniu Stokvisa, który zgubne oddziaływanie tego leku odnosi wyłącznie do zapalenia żołądka i dwunastnicy, powstałego tak samo jak pod wpływem innych, także zbyt stężonych, rozczynów solnych, a nadto jeszcze do zadziałania właściwego potasowi.

W krótkiém streszczeniu przedstawia się ów przypadek jak następuje:

Właściciel fabryki, 51 lat liczący, który przed 6 laty i przed $1^1/_2$ roku przebył ostre zapalenie nerek, potém zaś w obec często powtarzanych badań moczu zawsze okazywał mocz zupełnie prawidłowy, nabawił się dnia 23 maja 1886 zapalenia migdałków (*angina lacunaris*), przeciwko czemu

przepisano mu płukanie gardła chloranem potasowym (*Kali chlorici* 10·0, *Aq. destill.* 300·0), czém chory tak dalece przesadził, że od 6go rano do 7go wieczorem 5 takich butelek zużył.

Dnia 8 maja żółtaczka ogólna, uszy, nos, wargi, język, palce wszystkich odnóg ciemno-szafirowo, albo zielonawo zabarwione.

Ogólny upadek sił w obec całkowicie zachowanéj przytomności umysłu, kilkakrotne wymioty, które się wkrótce uspokoiły, niepokój, bezsenność, ciepłota 36,6, tętno małe, miękkie, trochę nieregularne. Okolica żołądka i śledziony pod uciskiem trochę dotkliwa. Po niewielkiém wypróżnieniu stolca ustawiczne nań napieranie.

Moczu wcale nie oddano, z wielkiém wysiłeniem wyciśnięty w ilości 26 cm. jest barwy ciemno-brunatnéj w zielonawą wchodzącéj, mętny, pełen skrzepów i strzępów, wielką ilość ciemno-żółtawych, świecących kierek zawierających, czerwonych ciałek krwi, cylindrów hyalinowych ani śladu; gdzieniegdzie nabłonki miednicy nerkowéj, białe ciałka krwi i krótkie ciemno-żółtawe cylindry połyskującéj ziarnistéj powierzchni, odczyn moczu kwaśny, nadto dużo białka. Po podaniu kawy, wina wymioty, przestawano na mleku i maślance, co chory dobrze znosi, zawijano go w koce wełniane, czém wywołano obfite poty.

9go żółtaczka się wzmaga, sinica niezmieniona. T. 36·0, r. 20, p. 84, pełniejszy, miarowy. Moczu nic nie oddano. Wyparta odrobina 25 cm. czarnawéj barwy, obfitsza jeszcze w białko, opuszcza zaraz osad pełen większych jeszcze niż dnia poprzedniego kierek ciemno-żółtawych. Po irygacyi stolec obfity, ciemo-zielony, zawierający dużo żółci. Chory pije dużo mleka, piwa, wina, niedoświadczając wymiotów. Chorego utrzymuje się ustawicznie w potach, zawijając go w koc.

10go chory spokojniejszy, ledwo ślady sinicy. T. 36·2, r. 20, p. 84, pełne, napięty. Moczu wytłoczył zaledwie 2 łyżeczki, tych samych co dawniéj własności. Stolec po irygacyi mocno zielony.

11go żółtaczka się zmniejsza, twarz czerstwa, bez śladu sinicy, chory po raz pierwszy sam oddaje bez wysilenia trochę moczu, zawierającego ledwo ślady białka. T. 36·4, r. 20, p. 80, silny.

12go ledwo ślad żółtaczki, *tenesmus alvi*, poczém stolec zielony z śluzem zmięszany. Chory oddał w 5 nawrotach 80 cm. moczu jaśniejszego nieco, zawsze jednak brunatne skrzepy i $^1/_2$ obj. białka zawierającego. Krwotok z nosa, krew jasno-czerwona. Po południu jeszcze 70 cm. moczu ciemnego ale przeźroczystego. T. 36·8, r. 20, p. 72.

13go noc niespokojna, brak tchu. Śledziona powiększona. Ogólne wrażenie dosyć dobre. Moczu rano 60 cm. jaśniejszego, $^1/_2$ obj. białka, w osadzie okruchy czerwonawe, połyskujące, pod drobnowidem dużo prawidłowych, czerwonych i białych, napęczniałych ciałek krwi. Po południu w dwóch nawrotach 80 cm. moczu jasnego o téj saméj co rano zawartości. Chory ciągle utrzymywany w potach, po południu bierze ciepłą kąpiel z zimnemi oblewaniami, poczém czuje się jak nowonarodzony i przespał kilka godzin spokojnie.

14go chory czuje się tak dobrze, że odbył krótką naradę z swym prokurystą.

Od wieczora poprzedzającego ustało wszakże c a ł k o w i c i e wydzielanie moczu. Chory zawinięty ponownie w koce poci się doskonale, o 10téj przed południem przy rozwijaniu z koca nagle skarżąc się na brak powietrza umiera.

Oględziny pośmiertne, ograniczone wprawdzie z powodu względów rytualnych do zbadania jamy brzusznéj, wykazały: w żołądku żadnych uderzających zboczeń, wątrobę powiększoną, brunatną, śledzionę znacznie powiększoną, pęcherz moczowy próżny, obie nerki w 2—3 nasób powiększone, powierzchni i kory brunatnéj, od substancyi rdzeniowéj ciemniejszą jeszcze warstwą oddzielonéj, wierzchołki piramid jeszcze ciemniejsze, cienko prążkowane, błonę śluzową miedniczek ciemno-brunatną. Stwardniałe w wyskoku nerki okazują na przekroju gołém okiem widzialne wypełnienie kanalików moczowych piramid żółto-czerwoną masą, która pod drobnowidem przedstawia się jako twory cylindrowe, złożone ze szczelnie do siebie przylegających, połyskujących ciemnożółtawych kierek. Wypchanie owo kanalików moczowych zmniejsza się coraz bardziéj, idąc w badaniu od substancyi rdzeniowéj ku korowéj. Po zabarwieniu skrawków fijoletem gencyjany okazało się w całéj substancyi rdzeniowéj bardzo znaczne pomnożenie jąder.

Na podstawie tego przypadku przechyla się więc autor zupełnie na stronę Marchanda, podnosząc przeciw Stokvisowi, że zjawiska podrażnienia błony śluzowéj żołądka i dwunastnicy równocześnie z żółtaczką i sinicą powstały, wkrótce jednak ustąpiły, nie przeszkadzając wcale trawieniu; żółtaczka więc nie może być uważaną za wynik nabrzmienia błony dwunastnicowéj i powstrzymanego ztąd odpływu żółci, ile że ostatnia w zwiększonéj nawet obfitości się wydzielała. Żółtaczka zatém nie może żadną miarą mieć swego źródła w wątrobie, jeno w saméj krwi, która, jak o tém świadczy równoczesna sinica, pod wpływem chloranu potasowego uległa rozkładowi.

W obec tego nowego przypadku zatrucia chloranem potasowym ostrzega autor przed używaniem tego leku nawet do płukania, do czego ja ponownie ze swéj strony dodałbym zalecenie zastąpienia go we wszystkich zajęciach jamy ustnéj i połykowéj, a przedewszystkiém w błonicy, równie skutecznie działającym jodem w rozczynie soli kuchennéj (*Natr chlor.* 1%, *Tr. Jodi* 0·5%), który można bezkarnie i wewnętrznie przez długi czas używać. *Dr. Kaczorowski*

Σ. **Przepłukiwaniem ustroju** nazywa prof. S a n q u i r i c o nowy sposób postępowania w leczeniu ostrych otruć niektóremi środkami. Sposób ten polega na znanych prawach, że ciała trujące bywają zazwyczaj wydzielane nerkami, że układ naczyniowy można bez szkody dla ustroju przepełnić chwilowo przez wlewanie doń wody; że wreszcie przez takie wlewanie płynu obojętnego wywołuje się zwiększenie parcia ościennego w układzie tętniczym, któreto parcie opada z chwilą nastania obfitszego wydzielania, mianowicie drogą nerek. Opierając się na tych zasadach, wlewał S. zwierzętom otrutym wyskokiem, chloralem, strychninem i azotanem akonitynu 0·75% rozczyn soli kuchennéj w ilości odpowiedniéj 8% ciężaru ciała zwierzęcia, do żyły szyjnéj i to w otruciach środkami powolnie działającemi, po wystąpieniu pierwszych objawów otrucia, po otruciu zaś środkami szybko działającemi natychmiast po podaniu tychże i spostrzegał, że wydzielanie moczu wzmagało się nagle, w moczu można było nagle wykryć środek trujący a po podaniu trucizny nawet w takiéj ilości, jaka zawsze zresztą bywała dostateczną do otrucia śmiertelnego, przychodziły zwierzęta do siebie i uniknęły śmierci. Jedynie po podaniu morfinu, kurarynu i hypnonu nie wzmagało się wydzielanie moczu a po podaniu tych środków w trujących dawkach nie zapobiegało „przepłukiwanie ustroju“ zejściu śmiertelnemu. (*W. med. Blätter* 1886, Nr. 51).

Farmakologija.

Dr. Voigt: **O fizyjologiczném i terapeutyczném działaniu siarkanu sparteinowego.**

Autor podaje następujące wyniki z doświadczeń nad działaniem siarkanu sparteinowego czynionych w klinice prof. Nothnagla w Wiedniu:

1. Siarkan sparteinowy działa w bardzo małych dawkach podniecająco na serce, skurcze jego stają się silniejszemi, tętno pełniejsze i wyższe, napięcie tętnic wzmożone, szybkość tętna o kilka uderzeń zmniejszona.

2. Skutek występuje w $^3/_4$ do 1 godziny po zażyciu, trwa przeszło 24 godzin i może być przez podanie nowéj dawki w ciągu tego czasu wzmocnionym. Po kilkodniowém podawaniu pożądaną jest kilkodniowa przerwa, albowiem potém środek ten znowu silniéj działa. Można go podawać przeszło tydzień bez złych następstw.

3. Rytm upośledzonych skurczów sercowych wraca w rzadkich tylko przypadkach.

4. Odchód moczu zwiększony tém więcéj, im czynność sercowa silniejsza.

5. Często występują narkotyczne objawy spokoju i drzemki.

6. Objawy zatrucia: zawrót, ból głowy, bicie serca i nudności rzadko występują po dawce 1—4-miligramowéj; jeżeli się pojawiają, to są bardzo nieznaczne i szybko przemijają; przy dalszém podawaniu znikają.

Z naparstnicą nie może iść w porównanie, ma jednak wyższość nad kofeiną, gorzykwiatem wiosennym (*adonis vern.*) i konwaliją. Terapeutycznie może zatém być użytym w wadach zastawek w okresie upośledzonego wyrównania, gdy tętno jest słabém i miękkiém; w wadach zastawek bez nadwerężenia kompensacyi; w niedomodze mięśnia sercowego i w zapaleniu osierdzia.

Jako średnią dawkę uważać należy 0·02 *pro dosi*, 0·1 *pro die* w pigułkach lub rozczynie. (*Rp. Sparteini sulph.* 0·20, *Pulv. rad. liquir. Succ. liquir. q. s. ut f. pill.* 10. *DS.* 2 do 4 razy dziennie po 1 pigułce. *Rp. Sparteini sulph.* 0·20 *Syr. Cort. aurant.* 100·0. *MDS.* 2 razy dziennie po łyżeczce od kawy w wodzie używać. *Rp. Sparteini sulph.* 0·20 *Aq. destill.* 10·0. *MDS.* 2—4 razy dziennie po 20 kropli w wodzie ocukrzonéj lub winie używać. (*Internationale klinische Rundschau*, 1887, Nr. 1). *Dr. Świerz* w Skawinie.

○ **Nowy miejscowo znieczulający środek odkrył** Reid w południowéj Australii w Druminie, w alkaloidzie z *Euphorbia Drummondii.*— Drumin poraża wyłącznie nerwy czucia nie posiadając pobudzającego wpływu kokainu. Na języku, do nosa lub na ręce albo zastrzyknięty podskórnie zwierzętom wywołuje wybitne znieczulenie. Używano go tu w rwie kulszowéj podskórnie. Ilość zastrzyknięta wynosiła 4 krople 4% rozczynu. Wewnętrznie podany nie wywołuje objawów ogólnych.

○ Raymond i Artaud (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.* 1886, Nr. 39) utrzymują na zasadzie doświadczeń na zwierzętach i badań klinicznych, że tanin przewyższa jodoform i siarczek węgla co do skuteczności w gruźlicy i że zwierzęta żywione przez miesiąc taninem są oporniejszemi na jad gruźlicy. U więcéj niż 50 chorych zażywających dziennie 2—4 gr. taninu samego lub w winie widzieli poprawę objawów, u połowy już po 14 dniach przybytek na wadze utrzymujący się w ciągu całego leczenia.

Σ. **Migrenę leczy za pomocą masowania** Norstroem. N. zauważył mianowicie, że choroba ta nie polega zazwyczaj na zmianach w ośrodkach, lecz na szczególnéj zmianie wśród mięśni czaszkowych. Wśród dokładnego badania odnośnych chorych spostrzegał N. w miejscach odpowiadających rozgałęzieniom nerwów wśród mięśni czaszkowych i karkowych małe guzki ściśle odgraniczone, bolesne przy dotykaniu. Guzki te uważa N. za pozostałości po przebytych sprawach w samych mięśniach: *splenius, cucularis, sternocleidomast.* a nawet *temporalis.* Jaką drogą mają owe guzki wywoływać ból głowy połowiczy, tego autor dokładnie nie podaje, i przypuszcza sprawę odruchową. Że jednak związek przyczynowy ma tutaj miejsce, tego dowodzą korzystne wyniki leczenia za pomocą mięsienia. Sposób ten zastósował N. u 36 chorych i uzyskał w przeważnéj większości przypadków zupełne wyleczenie Pod wpływem mięsienia znikają guzki a równocześnie ustają bóle; usunięcie tych guzków nie jest wcale łatwém, a często zdarza się, że mięsienie należy stosować całemi miesiącami, po upływie których skutek bywa trwały. (*D. med. Woch.* 1886. 49).

(β) **Działanie fizyjologiczne i terapeutyczne Extr. fluidum grindeliae robustae na serce i krążenie krwi.** Na mocy 68 doświadczeń czynionych nad tym środkiem na różnych zwierzętach przyszedł Dr. Dobroklański (z kliniki prof. Botkina w Petersburgu) do następujących wyników:

1) *Extr. fluid. grind. rob.* zmniejsza ilość skurczów serca oraz zwiększa ciśnienie krwi.

2) Obniża pobudliwość ośrodków nerwowych serca oraz naczyń.

3) Na podstawie 10ciu klinicznych spostrzeżeń opiera autor znaczenie terapeutyczne leku tego na zmniejszaniu ilości skurczów serca, przyczém czynność serca staje się regularniejszą.

W przypadkach, gdzie środek powyższy jest niedostateczny, zaleca autor kombinowanie *Adonis vernalis* i *Extr. fluid. Grindeliae rob.* Dawki tego ostatniego wynosić mogą według autora 30 kropli 3—4 razy dziennie. (*Deut. Medicinal-Ztg.*)

Położnictwo.

S. Schramm: **O leczeniu ślinotoku podczas ciąży.**

Do zboczeń przewodu pokarmowego podczas ciąży należy także obfitsze wydzielanie się śliny. Ślinotok pojawia się zwykle w pierwszéj połowie ciąży, utrzymuje się do chwili, odkąd ciężarna czuje ruchy płodu, chociaż znane są przypadki Richardsona i Schramma, gdzie ślinotok ustał dopiero po porodzie, i nie wydziela się ślina w tak wielkiéj ilości, aby przez to mogło podupaść odżywienie choréj. Cierpienie to zatém przebiega po największéj części łagodnie i dla tegoto może spotykamy się w dziełach położniczych zaledwie z krótką wzmianką, że podobne cierpienie istnieje, nie znajdujemy atoli żadnych środków zaradczych na przypadek, gdyby to zboczenie wystąpiło w groźniejszéj formie.

Wprawdzie Schroeder i Scanzoni polecają płukania środkami ściągającemi jamy ustnéj, Spiegelberg nadto żelazo i dobre odżywienie, ale to leczenie wystarcza tylko w lżejszéj formie ślinotoku, kiedy przyczynę ślinienia się znajdujemy w jamie ustnéj. Dopiero Schramm podaje nam kilka leków, mogących zmniejszyć a nawet usunąć zupełnie chociażby najgroźniejszy ślinotok, jaki miał sposobność spostrzegać w r. 1885 u pierwiastki 24 lat liczącéj. Chora, niewiedząca, że jest w odmiennym stanie, podaje, że od jakiegoś czasu czuje się coraz to słabszą, mizernieje, traci apetyt, co najważniejsza płynie jéj z ust ślina, miewa nudności, i czuje bardzo przykre gniecenie w dołku podsercowym. Bliższe badanie stwierdziło mocne wychudnienie, dziąsła jamy ustnéj obrzmiałe i zaczerwienione, a z ust wylewającą się bez przerwy ślinę, któréj rozbiór chemiczny wykazał, że jest ciężaru gat. 1·0025;

przy + 15°C., i zawiera na 99·5475 wody; 0·2401 substancyj organicznych a 0.2091 soli (ptyalinu ani śladu nie wykazano), nie wykryto zaś żadnego innego zboczenia w organach wewnętrznych.

Na podstawie wywiadów i badania przedmiotowego rozpoznał autor chroniczne zatrucie rtęcią i polecił choréj płukanie *c. Kali chloric.*, nadto *Sol. Kal. jod.* 5·0:150·0. Środek ten podawali już pierwéj w przypadkach ślinotoku Lemaistre i Spiegelberg, ale jak i w naszym przypadku bezskutecznie. Po 24-dniowém zażywaniu tego leku ślinienie nie tylko nie zmniejszyło się, ale występować zaczęły nudności, ilekroć chora wzięła to lekarstwo. Z tego powodu zaczęła używać chora *Atropin sulf.*, jednę pigułkę dziennie po 0·005. Środek ten potwierdził twierdzenie Heidenhaina i Epsteina, którzy pierwsi ten lek stósowali w ślinotoku, bo ślinienie się znacznie się zmniejszyło, ale nie ustąpiło zupełnie. Skoro atoli wystąpiło mocne drapanie w gardle i midryasis, podano choréj po 3 tygodniach stósowania atropinu w podobnéj dawce duboisin, który zmniejszył cokolwiek ślinotok ale nie usunął zupełnie. W tym czasie rozpoznano, że chora jest w 5tym miesiącu ciąży i przystąpiono do galwanizowania nerwu współczulnego. Procedura ta trwała 4 dni, ale bez rezultatu pomyślnego. Stósowano wstrzykiwania *pilocarpin. mur.* po 0·01 *pro dosi* trzy razy dziennie, a ponieważ siły choréj bardzo podupadły, podano równocześnie *Tra ferr. pom. Tra chin. comp.* Pomimo, że Labbés i Daveraux tym środkiem poskromili tak gwałtowny ślinotok, że myślano o wywołaniu sztucznego porodu, autor zdołał zaledwie, chociaż go stósował przez 3 tygodnie, zmniejszyć ilość wydzielającéj się śliny a nie usunąć zupełnie. Siły choréj były wtedy bardzo mocno nadwątlone i przystąpiono do podawania *Sol. Kali brom.* 5·0:100·0 trzy łyżki dziennie. Po niejakim czasie zaczął wracać apetyt, chora lepiéj wyglądała, a ślinotok zmniejszał się coraz więcéj, tak, że w 9 miesiącu zupełnie ustał a chora porodziła na czasie zupełnie zdrowe dziecko.

Na podstawie tego spostrzeżenia poleca autor gorąco jako środek najpewniejszy i najbezpieczniejszy w stósowaniu *Sol. Kal. brom* w połączeniu z żelazem i chiną, nadto dobrém pożywieniem, przeciwko choćby najsilniejszemu ślinotokowi. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1886, Nr. 49). *Dr Braun.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska

VI zwyczajne posiedzenie z dnia 5go czerwca 1886.

Przewodniczący Dr. Merunowicz, obecnych członków 20.

(Dokończenie. Patrz Nr. 3).

4. Kol. Schramm okazuje przyrząd Dittla opisany przez Schustlera w *Centralblatt f. Chirurgie* Nr. 14 z r. b. Przyrząd ten służy do podtrzymywania chorego przy zakładaniu opatrunków gipsowych na brzuchu, miednicy lub udach i okazał się nader praktycznym, zwłaszcza w praktyce prywatnéj, gdzie nie można mieć téj asystencyi umiejętnéj jak w szpitalu. Na przyrządzie tym zrobił kol. Schramm małą poprawkę, aby módz lepiéj ustalić miednicę i robić ekstenzyję, przyczém można z jednym tylko asystentem założyć np. spodnie gipsowe i tak już kol. Schramm przyrządu tego używał w praktyce z dobrym skutkiem. Kol. Schramm prosi kolegów, ażeby który jeszcze jakie udogodnienie lub ulepszenie przyrządu zauważył i podniósł.

5. Kol. Dr. Szpilman przedstawia dwa króliki, które dnia dzisiejszego padły, jak sekcyja stwierdziła, skutkiem gruźlicy prosowatéj. (*Tuberculosis miliaris*). Oba króliki zaszczepione były dnia 29 kwietnia, t. j. przed 5 tygodniami i 4 dniami treścią z gruczołów pachwinowych krowy nadesłaną do zbadania z powodu podejrzanéj perlicy przez J. Kubickiego, miejskiego lekarza weterynaryjnego we Lwowie. Ponieważ organa wewnętrzne, jak płuca z opłucną itd., zostały bezpośrednio po zabiciu zwierzęcia natychmiast zniszczone i usunięte, zwróciło to uwagę oglądacza, który z tego powodu wyciął gruczoły pachwinowe, przypuszczając zajęcie tychże procesem gruźliczym. Badanie stwierdziło w gruczołkach ogniska serowate i zwapniałe, jakotéż nacieki miękkie, żółtawe, wielkości prosa i większe. Z tych ostatnich po utarciu z bulijonem wysterylizowanym przyrządzono płyn szczepienny, z którego wstrzyknięto całą strzykawkę Pravaza jednemu królikowi w jamę otrzewny, drugiego zaś zaszczepiono podskórnie. Sekcyja stwierdziła u pierwszego zajęcie całéj otrzewny procesem gruźliczym Liczne rozsiane gruzełki w wątrobie, śledzionie i nerkach, gruczołki krezkowe zaś naciekłe. Płuca wolne. U drugiego królika wybitna gruźlica płuc, w otrzewnie i innych narządach nieliczne gruzełki. Badanie mikroskopowe wykazało obecność prątków gruźliczych. W ten więc sposób identyczność perlicy z gruźlicą, jak to ten kol wykazał, stwierdzoną została. Doświadczenia te mają doniosłość praktyczną dla policyi weterynaryjnéj. Ze względu, że w perlicy tak łatwo gruczoły limfatyczne bywają zajęte, należałoby bezwarunkowo niszczyć mięso bydła perlicą dotkniętego i nie dozwolić jego używania jako pokarmu dla ludzi ze względu na możliwość infekcyi.

6. Kol. Czyżewicz zabiera głos w sprawie Zjazdu lek. i przyrodników polskich w lecie r. 1887 we Lwowie odbyć się mającego i stawia jako gospodarz owego Zjazdu umotywowany wniosek, ażeby, skoro w lecie r. 1887 odbędzie się wystawa krajowa w Krakowie, urządzić przy téj sposobności i Zjazd lek. i przyrodników polskich w Krakowie. Sprawę tę samą poruszył już kol. Czyżewicz w Zarządzie Tow. lek. galic. i zamierza poruszyć jeszcze w Tow. przyrodników imienia Kopernika i nadmienia, że Zarząd Tow. lek. galic. zgodził się w zasadzie na wniosek obecnie w sekcyi postawiony.

W sprawie téj zabierał głos kol. Pisek za wnioskiem, zaś koledzy Szpilman, Sztembarth i Laskiewicz przeciw wnioskowi, poczém kol. Czyżewicz wniósł, ażeby albo ze względu, że w Krakowie w lecie r. 1887 ma się odbyć wystawa krajowa, zaproponować Tow. lek. krakowskiemu urządzenie Zjazdu obok wystawy, albo jeżeliby z Krakowa przyszła odpowiedź odmówna, odłożyć Zjazd na lato roku 1888 i wniosek ten został przyjęty.

Dr. Wiktor.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie Tow. lek. krak. z dnia 1 grudnia 1886 r.

Przewodniczący kol. Rosner. Członków obecnych 26.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

Z badania wewnętrznego okazało się:

Jeżeli treść czczego żołądka była alkaliczną, a to miało miejsce tylko w 18 (9·5%) przypadkach, (między temi ani jeden izraelita), to wydzielanie kw. żołądkowego było podczas trawienia albo zupełnie zniesione (u 12 chorych) albo tak nieznaczne u 6 chorych); że do peptonizacyi nie wystarczało, bo kwasota wynosiła zawsze niżéj 3 stopni. Upośledzenie trawienia sztucznego z powodu zmniejszania wydzielania pepsyny miało miejsce we wszystkich 18 przypadkach, lecz tylko we 2 było wydzielanie pepsyny, a zatém cały chemizm trawienia zupełnie zniesiony. Pomimo to ci chorzy w ogóle dobrze się mieli, a podmiotowo tylko na nieznaczne przypady gastryczne się uskarżali; — okazuje się więc, że oddziaływanie alkaliczne soku żołądkowego czczego jest zmianą chorobową, i wskazuje zmniejszenie całego chemizmu trawienia.

Jeżeli zaś treść żołądka czczego oddziaływała obojętnie, jakto miało miejsce u 25 (19%) indywiduów, a z tych tylko 4 izraelitów, a 21 chrześcian, — to podczas trawienia wydzielał się zawsze kw. żołądkowy, lecz o różnéj kwasocie. U przeważnéj liczby, bo w 17 przypadkach, wydzielany sok nie był jeszcze dostateczny do zupełnego trawienia, zaś

w reszcie, t. j. w 8 przypadkach, prawie wystarczał do trawienia a kwasota dochodziła co najwięcej do 10 stopni. Ztąd wynika, że ze znalezienia soku żołądkowego czczego obojętnie oddziaływającego można wnioskować o zdolności wydzielania się soku żołądkowego niskiéj albo tylko miernéj kwasoty. Braku zaś fermentu trawiącego w żadnym z tych przypadków, ani w dalszych następnych nie dostrzeżono, tak że na 222 przypadków znaleziono tylko wyżéj wspomniane 2 przypadki ze zupełnym brakiem, a 11 z bardzo widocznie upośledzoném wydzielaniem pepsyny, razem więc 13 przypadków, w 209 zaś czyli 91·5% pepsyna w dostatecznéj ilości się znajdowała Z tego więc można pojąć wartość tak zachwalanych pigułek, esencyj, win i innych tym podobnych przetworów pepsynowych.

W przeważnéj zaś częśc przypadków, bo w 189 (81%), zawierał żołądek czczy, sok żołądkowy kwaśny, ale różnego stopnia. Odłączywszy 21 przypadków, w których żołądek czczy zawierał zawsze miazgę pokarmową, u przeważnéj części indywiduów, bo u 99 (50%), sok żołądkowy czczy znajdował się w kwasocie wystarczającéj do trawienia, albo nawet o wiele wyższéj. A z tych 99 indywiduów, mających silnie kwaśny sok żołądkowy czczy, było 49, czyli 70%, izraelitów, a tylko 50, czyli 34%, ogólnéj liczby chrześcian. W mniejszéj zaś ilości przypadków, bo w 60 sok żołądkowy kwaśny, miał kwasotę niżéj 3, t. j. niewystarczającą do trawienia. W téj liczbie o soku żołądkowym mniéj kwaśnym było przeciwnie tylko 21 izraelitów, a 39 chrześcian.

Reasumując powyższe wyniki widzimy w ogóle, że na 201 przypadków czczego soku żołądkowego było tylko 22% (43 przyp.) wolnego od kw. żołądkowego a względnie solnego, 78% zaś (159 przyp.) z kwaśnym sokiem żołądkowym czczym. Z téj ostatniéj liczby było przeszło połowa (115 przyp.) wszystkich w ogóle badanych z nadmiernie od kw. solnego kwaśnym sokiem żołądkowym czczym.

Ważne różnice statystyczne wykazuje wpływ żywienia się ludności izraelickiéj, a chrześciańskiéj. Na 76 badanych izraelitów przedstawiał się sok żołądkowy czczy tylko w 4 5·2%) przypadkach wolny od kwasu solnego, podczas gdy na 146 badanych chrześcian było przypadków takich 39 (26%). Nadmiernie zaś kwaśnych soków żołądkowych izraelickich było 71% (49 przyp.), chrześcian tylko 45% (64 przyp.). Wynika więc ztąd, że u naszych izraelitów wyjątkowo tylko ma się do czynienia z niedomogą wydzielniczą kw. solnego, a przeważnie z nadmiarowém wydzielaniem tegoż, czyli patologicznie podnieconém trawieniem żołądkowém. Ztąd łatwo ocenić, o ile ma wartość, czyli właściwie, o ile zaszkodzić może, szablonowe stosowanie kw. solnego.

W celu zestawienia zachowania się mechanizmu trawienia mogłem zebrać 188 przypadków. W przeważnéj części przypadków, bo w ²/₃ (127 przyp.), wydalanie treści żołądkowéj było opóźnione, a w 21 przypadkach pokarmy zalegały nawet do dnia drugiego; — w ¹/₃ zaś (61 przyp.), można było uważać wydalanie za prawidłowe. Okazuje się ztąd, że większéj części przypadków żołądkowych towarzyszą zboczenia motoryczne tego narządu.

Z dalszych poszukiwań zanotowałem, że u 77 indywiduów treść żołądkowa zawierała większe lub mniejsze ślady żółci, stale w żołądku przebywającéj W tym względzie muszę zwrócić uwagę praktyków, że obecność żółci w wymiocinach może być wskazówką dyjagnostyczną. Wymiociny zielone wskazują w każdym przypadku nadzwyczaj silne wydzielanie soku żołądkowego kwaśnego, który właśnie często jest powodem wymiotów. Żółte zaś wymiociny mogą wskazywać albo zupełny brak kw. solnego, albo świeżą podczas ruchów wstecznych żołądka wydzielaną żółć. Obecność zaś żółci w wymiocinach przemawia zawsze przeciw zwężeniu odźwiernika wyższego stopnia. (C. d. n.)

VII. W sprawie wymiaru należytości za czynności sądowolekarskie.

W skutek licznych podań i przedstawień gron i stowarzyszeń lekarskich sprowadzono wreszcie sprawę wymiaru należytości za czynności sądowolekarskie na tory, dające rękojmię, że życzenia objawiane przez lekarzy w całéj monarchii, zostaną przecież raz uwzględnione.

Ministerstwo sprawiedliwości uznało już w roku 1879, że taksa obecnie obowiązująca jest przestarzałą, wypadało jednak czekać jeszcze lat kilka, zanim w roku 1885, właśnie gdy dobiegło lat 30 od czasu ogłoszenia téj taksy, przedłożyło Ministerstwo spraw wewnętrznych przedmiot w mowie będący do oceny Najwyższéj Radzie zdrowia. Referentem był prof. Hofmann, wnioski jego przeszły prawie bez zmiany, a gdy wnioski te przynajmniéj w ogólnych zarysach przestały być tajemnicą urzędową, gdyż je ogłoszono w *Wiener med. Wochenschrift* Nr. 51, 1886, pospieszamy z ogłoszeniem tego ogólnego zarysu w streszczeniu, nadmieniając równocześnie, że w wymienionéj publikacyi nie wyszczególniono nigdzie cyfr odnośnych i przez to usunięto możność gruntownéj oceny projektu.

Najwyższa Rada Zdrowia wychodzi w swoim projekcie z zapatrywania, że nie karno-sądowe względy mają stanowić o wysokości wymiaru należytości, jak to dotąd ma miejsce lecz przedewszystkiém względy techniczne, często bowiem ocena sądowolekarska w pewnym przypadku nie pozostaje w żadnym stosunku do trudności, z jakiemi spotykał się lekarz już to wśród badania, jużtéż to wśród orzekania o pewnym przypadku. Odnosi się to przedewszystkiém do przepisu ustawy, obecnie obowiązującéj o należytościach za ocenę lekkiego i ciężkiego obrażenia. Zdarza się bowiem, że przypadek lekkiego uszkodzenia, nastręczy lekarzowi znacznie więcéj pracy aniżeli innym razem przypadek obrażenia ciężkiego, zdarzyć się również może, że po długiém i mozolném badaniu okaże się brak jakiegokolwiek uszkodzenia, np. w przypadku symulacyi, skąpsze wynagrodzenie lekarza jest w tym razie niesłuszném, tak samo jak niesłusznem byłoby skąpsze wynagrodzenie chemika w przypadku, w którym po dokonaniu całego rozbioru chemicznego nie zdołał wykazać trucizny.

Uwzględniając stronę techniczną zajęć lekarza w sądzie rozróżnia projekt w mowie będący sześć kategoryj czynności sądowolekarskich, a mianowicie:

I. Badania sądowolekarskie osób żyjących,
II. „ „ zwłok,
III. „ „ innych przedmiotów,
IV. Przeglądanie aktów,
V. Wydawanie orzeczeń w przypadkach poprzednio wymienionych,
VI. Udział przy rozprawach ostatecznych.

Stósownie do powyższych uwag wnosi Najwyższa Rada Zdrowia jednakowe wynagrodzenie za badanie lekko jakotéż ciężko obrażonych, jednakiém również ma być wynagrodzenie za wykonanie sekcyj bez różnicy, czy poddawano sekcyi zwłoki zgniłe lub świeże, jak niemniéj czy wykonywano próbę płucową lub nie. Wyznaczenie większego wynagrodzenia za sekcyje, przy których uskuteczniono probę płucową, pochodzi ztąd, że dawniéj potrzeba było do tego osobnego przyrządu. Dzisiaj nie nastręcza sekcyja noworodka szczególniejszych trudności a więc i większe wynagrodzenie za taką sekcyję nie jest usprawiedliwione.

Usunięcie osobnego wynagrodzenia „z powodu zgnilizny wysokiego stopnia", przy sekcyjach sądowych jest również słusznem, gdyż przedewszystkiém nie ma się podstaw do osądzenia czy sprawa gnilna postąpiła już tak daleko, iżby można słusznie żądać osobnego wynagrodzenia za wykonanie takiéj sekcyi, a powtóre są znane przemiany zwłok, których

zgnilizną wcale nazwać nie można, sekcyje w tych przypadkach mogą być nieprzyjemne, a stósownie do litery ustawy nie można żądać wtedy osobnego wynagrodzenia. Nazwać mumifikacyję lub przemianę tłuszczowoskową lub maceracyję zgnilizną nie byłoby znowu zgodném z obecném stanowiskiem nauki. Z wykonaniem sekcyi zwłok zgniłych nie łączy się wcale dla obducenta większe niebezpieczeństwo, są nawet przypadki, w których wykonanie sekcyi na zwłokach względnie świeżych jest bez wątpienia niebezpieczniejszém aniżeli na zwłokach zgniłych, jak to ma miejsce w przypadkach zakażenia ropnicowego, karbunkułu itp. a przecież w tych przypadkach nie żąda się osobnego wynagrodzenia. Wynagrodzenie mniejsze aniżeli za wykonanie zwykłéj sekcyi ma być przyznawane za same oględziny płodu poronionego, albo za oględziny części dodatkowych płodu, znalezionych osobno bez płodu.

Trzecia grupa, obejmująca badania rozmaitych przedmiotów, dzieli się na trzy działy. Do pierwszego należą wszelkie oględziny np. narzędzi: do drugiego badania mikro- i spektroskopowe itp., do trzeciego badania chemiczne. W dziale ostatnim zaleca N. R. Z. przy wymiarze należytości dokładne uwzględnienie przedmiotu, który był poddany badaniu i zabiegów, jakie były potrzebne przy badaniu. Nadto zwraca N. R. Z. uwagę na to, ażeby lekarze sądowi dawali pewne wskazówki chemikom, względnie sądowi, gdyż zaniedbanie takich wskazówek naraża na znaczniejsze koszta.

Za przeglądanie aktów ma być przyznawaném osobne wynagrodzenie, a to z uwzględnieniem osobnych przepisów kiedy takie przeglądanie jest potrzebném i w miarę objętości aktów.

Za każde orzeczenie ma być w myśl projektu przyznawaném osobne wynagrodzenie, lecz w projekcie rozróżniono dwa rodzaje orzeczeń ze względu na wysokość wynagrodzeń a mianowicie orzeczenia zwykłe, tj. bez motywowania i orzeczenia obszerne z uzasadnieniem opartém na naukowéj podstawie. Czy w pewnym przypadku ma być wydane orzeczenie pierwszego lub drugiego rodzaju, rozstrzyga Sąd w porozumieniu z lekarzami, ostatni jednak mają wtedy tylko prawo likwidować za orzeczenie obszerne, jeżeli ich Sąd do wydawania takiego orzeczenia wyraźnie wezwał, lub jeżeli następowo okazała się potrzeba obszernego orzeczenia.

Za udział w rozprawach ma być wypłacaną należytość téj saméj wysokości za każde pół dnia, co i za pierwsze pół dnia a nie mniéj, jak to dotąd ma miejsce, a to dla tego, że tak dla lekarza, jakoteż dla każdego człowieka strata czasu jest tém dotkliwszą im więcéj czasu już był utracił. Jeżeli rozprawy lub inne badania nie przyszły do skutku a lekarza o tém niezawiadomiono dosyć wcześnie, ma tenże prawo żądać wynagrodzenia za czas stracony.

Wreszcie wnosi N. R. Z., aby obydwu lekarzom wezwanym do czynności sądowo-lekarskich wypłacano należytości jednakowe i pod tym względem nie upośledzano chirurgów.

Odpowiednie zmiany poczynił radca dworu Roll jako referent w taryfie obowiązującéj weterynarzy, a prof Albert w drugiéj części obecnie obowiązującéj taryfy lekarskiéj, obejmującéj należytości za czynności ściśle lekarskie, chirurgiczne i położnicze.

W końcu czyni N. R. Z. uwagę, że ustanowienie stałych lekarzy sądowych a nie wzywanie rozmaitych w razie zachodzącéj potrzeby, jak się to obecnie dzieje, stanowiłoby postęp na tém polu połączony z niewątpliwemi korzyściami dla sądownictwa, a jako przykład przytacza, że czynności policyjno-sanitarne poruczono wyłącznie lekarzom powiatowym. Lekarze ci, ustanowić się mający, powinni być stawieni na równi z urzędnikami tak co do tytułu jakoteż wszelkich korzyści połączonych ze stanowiskiem urzędników. Obecny bowiem porządek rzeczy zmusza lekarzy do uważania zajęć sądowych za czynność uboczną i nie jest dla nich wcale bodźcem do poświęcania się téj ważnéj gałęzi nauk lekarskich w tym stopniu i z taką gorliwością, na jaką ważność przedmiotu zasługuje. Niedostatek ten uczuwać się daje przedewszystkiém w tych przypadkach, w których najważniejsze czynności sądowo-lekarskie, np. sekcyje, wykonywają lekarze nie mający w tym kierunku dostatecznych wiadomości i doświadczenia. Lekarze ci znajdują się w skutek tego w położeniu przymusowém, a z drugiéj strony uzyskuje sądownictwo protokóły i orzeczenia niedostateczne a czasem zgoła nie użyteczne. Okoliczności te składają się na to, że niejednokrotnie przypadki zwykle bywają gmatwanemi, że zachodzi potrzeba dokładniejszych dochodzeń, ekshumacyj itp. i tym sposobem rosną niestosunkowo wydatki funduszów inkwizycyjnych. Jako środki mające zapobiedz złemu zaleca N. R. Z. ustanowienie stałych lekarzy sądowych, udzielanie posad tych lekarzom, którzy się wykażą większém doświadczeniem i gruntowną wiedzą sądowo-lekarską i zarządzenie, aby przy czynnościach sądowych przynajmniéj jeden z lekarzy należał do grona znawców stale ustanowionych. Zarządzenia tego rodzaju wpłynęłyby na utworzenie się zastępu lekarzy, którzy uważaliby swoje czynności sądowe, jeżeli nie za jedyne, to przynajmniéj za główne swoje zadanie i przykładaliby się gorliwiéj do téj gałęzi nauki. Wreszcie uważa N. R. Z. urządzenie centralnych stacyj dla badań mikroskopowych i chemicznych za niezbędne.

Każdy lekarz sądowy doświadczony przyzna bez wątpienia słuszność zasadom, jakiemi kierował się referent N. R. Z. w ułożeniu nowéj taryfy. Już z niniejszego treściwego zestawienia widać, że najdotkliwiéj uczuwane braki i niedokładności taryfy obowiązującéj starano się uwzględnić, czy jednak uwzględnienie to okaże się praktycznêm, czy nie będzie w têm nowém dziele nowych luk, to ocenić będzie można dopiero po ogłoszeniu odnośnych cyfr, które w tym przypadku stanowią o przedmiocie, a wreszcie po trwaniu przez czas pewien nowéj ustawy, gdyż tylko tym sposobem wyjdą na jaw wątpliwości lub skutki interpretacyi ustawy niezgodnéj z pierwotnym celem referenta i myślą ustawodawcy.

Uwagi dołączone do projektowanéj taryfy są wprawdzie wypływem długotrwałego doświadczenia referenta, jednak zastosowane są wyłącznie do stosunków wielkich miast, a mianowanie stałych lekarzy sądowych przy Sądach np. obwodowych; może ona wpłynąć zdaniem naszém tylko nieznacznie na zmniejszanie liczby protokołów nieużytecznych lub orzeczeń niedokładnych, gdyż te powstają najczęściéj, jak doświadczenie poucza, w zakresie działania Sądów najniższéj instancyi, a tam przecież nie podobna marzyć o ustanowieniu lekarzy, którzyby mogli czynności sądowe uważać za główne swoje zajęcie i mieli dosyć czasu na oddawanie się przeważnie studyjom sądowo-lekarskim.

O ile wiemy niejednokrotnie starano się już o zamianowanie stałych lekarzy sądowych przy Sądach krajowych i obwodowych, okazały się jednak zawsze przeszkody niełatwe do usunięcia. Obawiamy się więc, że żądanie to tym razem pozostanie *pium desiderium*.

Nie ma w całym projekcie, o ile na streszczeniu polegać można, żadnéj wzmianki o wymiarze należytości w razie podróży sądowo-lekarskich a że i pod tym względem reforma stała się potrzebną, uczuwają dotkliwie lekarze sądowi od lat wielu. *Dr. Schaitter.*

VIII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

F. Hueppe: **O zarazie na dziczyznę** (*Wildseuche*) **i jéj znaczeniu dla gospodarstwa i higijeny.**

W r. 1878 opisał Bollinger chorobę panującą nagminnie w okolicach Mnichowa pomiędzy zwierzętami dziko żyjącemi, która się pojawiała sporadycznie także pomiędzy bydłem rogatém. Przez kilka lat z rzędu ponawiała się ta choroba pomiędzy zwierzętami dzikiemi i domowemi równocześnie, to znowu wyłącznie pomiędzy rogacizną. Stwierdzono nawet, że się przenosi na konie, trzodę chlewną, na kozy, owce i króliki. Bollinger odróżnił dwie postacie téj choroby: osutkową i płucną, lecz pomimo największego jéj podobieństwa do wąglika nie mógł znaleźć prątków wąglikowych. Kitt wynalazł odmianę prątków właściwą téj chorobie, podobną tylko do bakteryj wywołujących posocznicę u królików, cholerę u kur i zarazę u świń. Przeszczepił prątki na gołębie i myszy ze skutkiem, podczas gdy niektóre morskie świnki, szczury i kury nie dały się niemi zarazić. Hueppe powtórzył te doświadczenia. W formie osutkowéj po zaszczepieniu podskórném podobnéj do wąglika znajdował u bydła rogatego i u świń zapalenie, obrzęki skóry i części miękkich z naciekiem surowiczym albo surowiczo-krwawym. Przebieg jéj bywa gwałtowny i śmiertelny. Postać ta bywa więcéj odosobnioną. Postać płucna szerzy się epizootycznie i ma przebieg bardzo podobny do zarazy płucnéj. Powstaje bowiem zapalenie płuc i opłucny włóknikowe z zapaleniem osierdzia i śródsierdzia w rozmaitym stopniu. Przebieg jéj bywa sześciodniowy, czasem przewlekły. Obok dwóch postaci powyższych bywa także postać kiszkowa, gdy zarazek dostaje się do przewodu pokarmowego.

U bydła rogatego i świń sadowi się zarazek w płucach. Konie dotąd tylko przez skórę zarażone ginęły z formy posokowatéj a Kitt zauważył, że oprócz obrzęku zapalnego były wynaczynionki w narządach wewnętrznych i ocieklinowe zapalenie płuc.

Wielka skłonność świń do przyjmowania zarazka przez płuca i rany w skórze i ta okoliczność, że prawie nigdy u nich nie brak zapalenia kiszek z wynaczynionkami, jakotéż że uderzającém jest podobieństwo do obrzęków wąglikowych, ma wielką wagę pod względem ekonomicznym, ponieważ dawniéj z powodu tego podobieństwa mieniano chorobę rzeczoną z wąglikiem.

Doświadczenia wielu badaczów wskazują, że świnie należące do rasy chowanéj w górach bawarskich, nie zarażają się prątkami karbunkułowemi ani też krwią karbunkułową. Przeciwnie owce zapadają bardzo łatwo na zarazę, o któréj mowa. Na króliki łatwo przeszczepia się zaraza i przebieg jest postaci skórnéj; gdy zarazek wnika przez płuca albo przez przewód pokarmowy, objawy skórne prawie giną. Nie wszystkie króliki giną po szczepieniu i nie chroni ich szczepienie od powtórnego zarażenia.

Zapalenie tchawicy nie jest silném po wdechaniu, podobnież i zapalenie kiszek nie jest zależném od tego, czy zarazek dostaje się przez przewód pokarmowy. Jedynie po zaszczepieniu podskórném zapalenie skóry najsilniéj występuje. U białych myszy szczepienie podskórne sprowadza słabe zapalenie skóry, giną ony wśród objawów posocznicy. U gołębi szczepienie sprowadza naciek w tkance podskórnéj z wynaczynionkami, stłuszczenie i rozpad mięśni, co w tak zwanéj cholerze u kur jest cechującém.

Dziczyzna, bydło rogate, konie, dzikie i domowe świnie, kozy, króliki, myszy, gołębie i niektóre ptaki giną z zarazy na dziczyznę, podczas gdy owce i morskie świnki mało są przystępne dla tego zarazka. Zaraza na dziczyznę jest zgubną dla tego samego prawie gatunku zwierząt co i wąglik, a najważniejsza różnica w tym względzie polega na tém, że najwięcéj ras nierogacizny ma usposobienie do namienionéj zarazy, podczas gdy rasy owiec do wąglika.

Według tych doświadczeń można się spodziewać, że szczepienie wąglika może z czasem większe mieć znaczenie, gdyż zwierzęta po szczepieniu wąglika tylko pozornie giną z wąglika, w rzeczywistości zaś z zarazy na dziczyznę. W czasie panowania wąglika i zarazy na dziczyznę zmniejszy się wartość szczepienia wąglika, ponieważ okazało się, że prawie te same gatunki zwierząt a w części i te same rasy zapadają wśród podobnych miejscowych i czasowych warunków na te obydwie choroby. (Dok. nast.)

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w grudniu roku 1886.

Tyfus brzuszny wzmaga się ciągle lecz powoli. W grudniu stwierdzono w 48 gminach w 29 powiatach u 1007 chorych (w listopadzie w 32 gminach 720 chorych); z leczonych wyzdrowiało 636 czyli 63·2% (w listopadzie 55·6%), umarło 62 czyli 6·2% (w listopadzie 7·2%), pozostało w leczeniu 309 chorych. Najwięcéj był tyfus rozszerzonym w powiecie rawskim (6 gmin), w powiecie kamioneckim i brodzkim (po 4 gmin), największa ilość chorych zdarzyła się w Nakwaszy w powiecie brodzkim, gdzie 5·5% ludności zachorowało, największa zaś śmiertelność była w Hucisku w powiecie złoczowskim = 13%.

Także i tyfus plamisty powoli się rozszerza. W grudniu stwierdzono w 19 miejscowościach, t. j. w mieście Krakowie i 12 powiatach (w listopadzie tylko 12 miejscowości). Z 412 leczonych chorych (w listopadzie 306), wyzdrowiało 283 czyli 68·7%, umarło 28 czyli 6·8% (w listopadzie 7·5%), pozostało w leczeniu 101 chorych. Względnie do ludności największą ilość przypadków choroby stwierdzono w Nosowcach w powiecie tarnopolskim, gdzie 8·8% na tyfus plamisty zachorowało, największą zaś śmiertelność sprawdzono w Łapanowie w powiecie bocheńskim, gdzie 18·5% przypadków choroby zakończyło się śmiercią. Najwięcéj był tyfus plamisty rozszerzonym w powiecie buczackim (w 4 miejscowościach).

Szkarlatyna zmniejsza się. Z końcem listopada pozostało w leczeniu 501 chorych, w ciągu grudnia przybyło 1603, tak iż w tym miesiącu leczono 2104 chorych w 70 miejscowościach, t. j. w mieście Krakowie i 34 powiatach (w listopadzie leczono 2539 chorych w 82 miejscowościach 33 powiatów). Z 2104 leczonych wyzdrowiało 1392 czyli 66·2%, umarło 328 czyli 15·6% (w listopadzie 15·2%), pozostało w leczeniu 384 chorych. Najwięcéj była szkarlatyna rozszerzoną w powiecie tłumackim, gdzie w 8 miejscowościach 300 chorych stwierdzono, lecz z końcem grudnia we wszystkich tych ośmiu gminach choroba wygasła. Także w powiecie złoczowskim, brzeżańskim i tarnopolskim, któreto powiaty z sobą graniczą, była szkarlatyna znacznie rozszerzoną, największą zaś ilość przypadków choroby stwierdzono w Baczowie w powiecie przemyślańskim, przyległym do powiatu złoczowskiego i brzeżańskiego; tam zachorowało, na ludność 660 osób 92 czyli 14%; największą zaś śmiertelność sprawdzono w Uściu w powiecie śniatyńskim, gdzie z powodu powikłania z dyfteryją z 20 chorych połowa umarła.

Dyfteryja rozszerzyła się wprawdzie w pierwszéj połowie grudnia więcéj niż w listopadzie, lecz w drugiéj połowie miesiąca znacznie przygasła. W 30 miejscowościach, t. j. w mie-

ście Krakowie i w 16 powiatach stwierdzono 575 chorych (w listopadzie 409 chorych w 22 miejscowościach). Z tych wyzdrowiało 399 czyli 69·4%, umarło 145 czyli 25·2% (w listopadzie 29·8%). Najwięcéj przypadków choroby stwierdzono w Karniowie w powiecie krakowskim, gdzie 13% ludności zachorowało, lecz z łagodnym przebiegiem choroby; największa śmiertelność zdarzyła się w Gronkowie w powiecie nowotarskim, gdzie z 16 osób 12 dzieci = 75% umarło. Najwięcéj rozszerzoną była dyfteryja w powiecie trembowelskim (4 gminy) i w wielickim (5 gmin), lecz w tym ostatnim powiecie wygasła choroba z końcem miesiąca.

Czerwonka panowała w grudniu w 12 miejscowościach w 5 powiatach. Z 344 leczonych chorych wyzdrowiało 259 czyli 75·3%, umarło 35 czyli 10·2%, pozostało w leczeniu 50 chorych w 4 miejscowościach w powiecie łancuckim i ropczyckim.

Liczba przypadków zachorowania na odrę była w grudniu 1886 wyższą, niż w którymkolwiek z poprzednich miesięcy r. 1885 i 1886. W 112 miejscowościach w 33 powiatach stwierdzono 7718 przypadków, w rzeczywistości zaś cyfra ta była znacznie wyższą. Z 7718 leczonych chorych wyzdrowiało 6191 czyli 80·2%, umarło 609 czyli 7·9% (w listopadzie 6·3%), pozostało 918 chorych (w listopadzie 1269). Najwięcéj był tyfus rozszerzonym w powiatach: dobromilskim, jaworowskim, przemyskim, jarosławskim, rawskim, staromiejskim, drohobyckim, stryjskim, doliniańskim, kałuskim, żydaczowskim, przemyślańskim, złoczowskim, zbaraskim. Największa śmiertelność była w powiatowém mieście Jaworowie, gdzie z 110 chorych 23% umarło; także w Rychciach w pow. Drohobyckim umarło z 281 chorych 44, czyli 15·6%.

Koklusz z powodu małéj śmiertelności w ciągu téj zimy, tylko w nielicznych przypadkach był przedmiotem interwencyi urzędowéj. W grudniu stwierdzono 1249 chorych, z tych wyzdrowiało 869 czyli 69·4%, umarło 35 albo 2·9%, pozostało 347 chorych w trzech powiatach sąsiednich (krakowskim, bocheńskim, brzeskim).

Ospa, która z końcem listopada pozornie wygasła, w ciągu grudnia tak się rozszerzyła, że w 8 powiatach, a w 16 gminach, leczono 343 chorych, z tych wyzdrowiało 130, czyli 37.9%, szczepionych, 43 = 12·5% nieszczepionych, umarło 11, czyli 3·2%, szczepioych, 36 = 10·5% nieszczepionych, pozostało w leczeniu 88 szczepionych i 35 nieszczepionych. Najwięcéj przypadków choroby było w powiecie drohobyckim, gdzie w 4 miejscowościach 158 chorych (z śmiertelnością = 12·5%), również w powiecie sokalskim w 5 miejscowościach 140 chorych.

Lwów d. 11 stycznia 1887. *Dr. Józef Merunowicz.*

○ Międzynarodowy kongres higijeniczny w Wiedniu. Na publiczne posiedzenia zapowiedzieli wykłady na pewne: Brouardel i Conradi, Pettenkofer i Virchow warunkowo. Posiedzenia kongresu odbywać się będą w nowym gmachu Uniwersytetu. Komitet urządzający uchwalił: 1) urządzić podczas kongresu wystawę przedmiotów z zadaniem kongresu związek mających, która jednak nie ma być na wielką skalę, ale skromną, zawsze jednak mając cechę międzynarodową; 2) mają być urządzone większe i mniejsze wycieczki; 3) Dr. Henryk Adler ma skreślić krótki higijeniczny przewodnik po Wiedniu i okolicy.

○ Peszt. W wykazie odczytów Uniwersytetu tutejszego na letnie półrocze (rozpoczynające się w drugiéj połowie stycznia) ogłasza prof. Babes kurs bakteryjologiczny.

○ Praga. Na części ogrodu szpitalnego ma być zbudowany dom isolacyjny dla chorych dotkniętych chorobami zakaźnemi, według planu zatwierdzonego przez prymaryjuszów na wzór domu podobnego istniejącego w Bonnie w systemie pawilonowym. Dom ten mieścić ma 60 łóżek, z których po 20 oddanych będzie dla ospą dotkniętych prof. Pickowi i Janowskiemu, 20 zaś będzie oddanych do dyspozycyi profesorom medycyny wewnętrznéj dla chorych dotkniętych innemi chorobami.

○ Rada związkowa Cesarstwa niemieckiego przyjęła na posiedzeniu 16 grudnia r. z. projekt ustawy co do sprzedaży masła sztucznego a projekt ten został już wniesiony do parlamentu.

○ Na porządku dziennym najbliższego posiedzenia Rady państwa, które ma się odbyć 28 bm., pomieszczono wniosek dep. Rosera i towarzyszy o utworzenie w Austryi państwowego Urzędu zdrowia na wzór istniejącego w Berlinie.

○ Wypracowany w r. 1886 przez austryjackie ministerstwo handlu projekt ustawy o pożywkach ma przyjść pod obrady na najbliższéj sesyi Rady państwa. Niewątpliwie da to pochop do tego, że i w Austryi, za przykładem Niemiec i zachodnich państw Europy, obudzi żywsze zajęcie badanie pożywek i używek. Z tego zapatrywania wychodząc Dr. Heger w Wiedniu postanowił wydawać pismo pod tyt.: *Zeitschrift f. Nahrungsmittel Untersuchung u. Hygiene,* którego zadaniem ma być podawanie odnośnych wiadomości o postępach na polu badań pożywek.

○ Celem założenia „Instytutu Pasteura", przeznaczonego do badań nad chorobami przenośnemi, a w szczególności nad wścieklizną, jak również na pomieszczenie krajowców i obcych, utworzyło się jak podaje *Correspondenzblatt f. schweizer. Aerzte* towarzystwo z 30 członków. Towarzystwo to ma trwać lat 99 z siedzibę w Paryżu. Suma dotąd na ten cel zebrana dosięga kwoty 1,485.058 fr. Szwajcarska Komisyja lekarska na pytanie Rady związkowéj, czy Szwajcaryja ma się przyczynić do kosztów tego zakładu, odpowiedziała przecząco, a to z powodu, że należy jeszcze oczekiwać wyników Pasteurowskiéj metody i że przez przyczynienie się do kosztów nie nabędzie jeszcze Rząd szwajcarski prawa pomieszczania w zakładzie swych poddanych.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 19—25 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 26,3. Z błonicy umarło 4; z duru brzusznego 1. Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku płonicy i 1 przypadku duru osutkowego. W tygodniu od 12—18 grudnia umarło z ospy: w Warszawie 6, w Budapeszcie 62, w Wiedniu 9, w Rzymie 14, w Wenecyi 2, w Paryżu 3, w Londynie 1, w Petersburgu 8. Z duru osutkowego umarło w Londynie, Odesie i Petersburgu po 1. Z duru powrotnego umarło w Berlinie 1. Z duru brzusznego umarło w Hamburgu 26, w Paryżu 40, w Londynie 12, w Petersburgu 16. Z odry umarło: w Berlinie 9, we Wrocławiu 7, w Paryżu 34, w Londynie 57. Z płonicy umarło w Kolonii 9, w Budapeszcie 11, w Londynie i Petersburgu po 17. Z dławca i błonicy umarło w Berlinie 42, we Wrocławiu 12, w Dreźnie 11, w Hamburgu 21, w Budapeszcie 9, w Paryżu 31, w Londynie 29, w Chrystyjanii 10, w Kopenhadze 14, w Petersburgu 18, w Warszawie 12. Z krztuśca umarło w Paryżu i Kopenhadze po 7, w Londynie 19. Jeszcze donoszą o szerzeniu się cholery w Iglo w komitacie Spiskim. Do 9 grudnia zapadło tam na cholerę 38, a umarło 23. W Keszmarku zapadło dotąd 30 na cholerę, w Granie gaśnie cholera. W Budapeszcie zachorowało razem na cholerę 1329, umarło 586, t. j. 44,09%.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 12—18 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 25,9; we Lwowie 39,9; w Brodach 28,0; w Drohobyczu 43,9; w Kołomyi 26,3; w Przemyślu 51,9; w Stanisławowie 30,4; w Tarnopolu 45,6; w Tarnowie 32,8; w Czerniowcach 23,2; w Warszawie 27,6; w Poznaniu 23,7; w Wiedniu 27,4; w Salcburgu 27,3; w Gracu 26,9; w Tryjeście 33,3; w Insbruku 18,8; w Pradze 31,7; w Ołomuńcu 17,9; w Opawie 30,7; w Berlinie 22,3; we Wrocławiu 29,8; w Gdańsku 24,5, w Dreznie 19,4; w Hamburgu 37,7; w Kolonii 26,1; w Lipsku 16,8; w Mnichowie 24,8; w Strasburgu 25,5; w Amsterdamie 20,1; w Bazylei 14,7; w Brukseli 24,7; w Budapeszcie 36,8; w Chrystyjanii 19,5; w Genewie 22,3; w Kopenhadze 21,4; w Londynie 18,8; w Odesie 29,0; w Paryżu 24,5; w Petersburgu 24,0; w Rzymie 26,1; w Stokholmie 22,2; w Wenecyi 27,9; w Zurychu 19,6. *J. B.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 2—8 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 23,2. Z róży umarło 1. Doniesiono w tymże czasie: o 3ch przypadkach błonicy i dławca; 2 płonicy, 2 duru brzusznego; 3 duru osutkowego i 2 róży. W tygodniu od 26 grudnia do 1 stycznia umarło z ospy: w Budapeszcie 29, w Warszawie 5, w Pradze 1, w Rzymie 14, w Wenecyi 3, w Odesie 2, w Petersburgu 3. Z duru osutkowego umarło: w Warszawie 2, w Stokholmie i Petersburgu po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 2. Z duru brzusznego umarło w Petersburgu 10, w Londynie i Paryżu po 17. Z odry umarło w Londynie 114, w Wrocławiu 13, w Pradze 12, w Paryżu 32. Z płonicy umarło: w Budapeszcie 12, w Londynie 25, w Petersburgu 11. Z dławca i błonicy umarło w Berlinie 43, w Gdańsku 8, w Dreznie 12, w Budapeszcie 9, w Paryżu 32, w Londynie 25, w Chrystyjanii 10. Z krztuśca umarło w Londynie 27.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 26 grudnia do 1 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 26,1; we Lwowie 34 9; w Brodach 20,8; w Drohobyczu 38,5; w Kolomyi 47,3; w Przemyślu 43,7; w Stanisławowie 17,8; w Tarnopolu 29,9; w Tarnowie 30,9; w Czerniowcach 34.3; w Warszawie 21,3; w Poznaniu 35,0; w Wiedniu 28,3; w Salcburgu 11,4; w Gracu 35,6; w Tryjeście 35,8; w Insbruku 38.6; w Pradze 36,1; w Bernie 36,2; w Ołomuńcu 17.9; w Opawie 46,9: w Berlinie 22 8; we Wrocławiu 33,7; w Gdańsku 34,3; w Dreźnie 21.6; w Hamburgu 33,4; w Kolonii 23,5; w Lipsku 17,1; w Mnichowie 26,0; w Strasburgu 26,9; w Amsterdamie 24,1! w Bazylei 16,9; w Brukseli 24,1; w Budapeszcie 31.3: w Chrystyjanii 29,2; w Genewie 21,6; w Kopenhadze 18,2; w Londynie 23,9; w Odesie 25,4; w Paryżu 23,9; w Petersburgu 29,8; w Rzymie 26.2; w Stokholmie 20,2; w Wenecyi 20,7; w Zurychu 11,3. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków d. 20 stycznia. Zarówno z nami święci jubileusz 25-letni Časopis lékařův českých oraz Spolek českých lekařův, będący właścicielem tego czasopisma. W ciężkich czasach powstało Towarzystwo lekarzy czeskich, przetrwało złą dolę i doczekało się założenia uniwersytetu, a tém samém i Wydziału lek. czeskiego, w skutek czego byt nietylko Towarzystwa samego ale i jego organu jest ustalony. D. 24 bm. odbędzie się w Pradze uroczyste posiedzenie Towarzystwa, na którém po przywitaniu członków i gości przez obecnego prezesa prof. Hlavę odbędą się odczyty doc. Chodounskiego, prof. Hlavy i doc. Mareša, poczém o godzinie 8éj wieczór nastąpi bankiet w Biesiadzie miejskiéj. Zdala od naszych pobratymców żywy bierzemy udział w pięknéj ich uroczystości, serdeczne przesyłając im życzenia: *Crescant, floreant!*

* Sejm galicyjski uchwalił bez dyskusyi wnioski, przez komisyję budżetową przedstawione, co do otworzenia oddziału chorób ocznych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. Uchwała ta opiewa:

1. Sejm upoważnia Wydział krajowy do urządzenia oddziału ocznego przy szpitalu św. Łazarza w dwóch salach w suterenach jednego z pawilonów. Oddział ten ma być otworzonym z dniem 1 lipca 1887 r.

2. Oddział oczny ma być oddziałem wyłącznie szpitalnym. Chorzy będą przyjmowani tylko o tyle, o ile starczy miejsca w przeznaczonych na ten cel dwóch salach.

3. Na adaptacyję i koszta pierwszego urządzenia oddziału wstawia się w preliminarz szpitala św. Łazarza na r. 1887 jednorazowo, jako wydatek nadzwyczajny, kwotę 2.590 złr.

Tym sposobem stało się nareszcie zadosyć potrzebie wielkiéj, o któréj nieraz wspominaliśmy w tygodniku naszym.

* **Lwów** 14 stycznia. W kwietniu 1887 r. przypada 25-letnia rocznica rozpoczęcia czynności w zawodzie lekarskim Dra Alfreda Biesiadeckiego. Sekcyja lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich postanowiła obchodzić dzień ten uroczyście, chcąc tym sposobem objawić nietylko rzetelne i szczere uznanie zasług około Towarzystwa lekarzy galicyjskich, oraz wdzięczność za trudy i prace, podjęte przez jubilata w interesie funduszu wsparcia wdów i sierot po lekarzach, ale zarazem pragnie uczcić męża, który z nieugiętą odwagą ćwierć wieku szedł zawsze prosto tam, gdzie mu wskazywało przekonanie i szlachetny charakter, profesora, który był chlubą fakultetu lekarskiego prastaréj wszechnicy Jagiełłów i naczelnika rządowéj administracyi sanitarnéj, któremu honor i interes stanu lekarskiego i towarzyszy zawodowych gorąco leżą na sercu. Aby myśl powyższą w czyn wprowadzić, wybrała sekcyja lwowska komitet, który ma zebrać w drodze składek poważny fundusz, który uroczyście wręczonym zostanie jubilatowi z życzeniem, aby oznaczył jego przeznaczenie na cel publiczny i odsetkami rozporządzał dożywotnie. Do komitetu należą: prof. Dr. A. Czyżewicz, Dr. J. Merunowicz, Dr. H. Schramm, Dr. Edward Stroynowski.

* **Berlin**. Tajny starszy radca lekarski Eulenberg, radca ministeryjalny w minist. oświaty, przeszedł w stan spoczynku a posadę jego objął Dr. Schönfeld, radca rządowy i lekarski. Dr. Eulenberg liczy obecnie lat 73, od r. 1848 fizyk w Bonn i docent prywatny medycyny sądowéj i farmakologii, 1850 radca lekarski w Koblencyi, 1860 radca rządowy w Kolonii a od r. 1870 na obecnéj posadzie. Z licznych jego prac najbardziéj są znane dzieła o gazach trujących i o higijenie przemysłowéj. Jest on wreszcie redaktorem czasopisma *Viertelj. f. ger. Medicin.*

* **Wiadomości uniwersyteckie Würzburg**. Docent okulistyki Dr. Helfreich mianowany został profesorem honorowym. — **Berlin**. Dr. Oppenheim habilitował się jako docent chorób nerwowych.

* **Wiadomości osobowe**. Posadę lekarza miejskiego w Trawniku (w Bośnii) (p. Przegl. Lek. z r. 1886, Nr. 48) otrzymał Dr. Saidenfeld, niedawno promowany w naszym uniwersytecie.

Stopień doktora w. nauk lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Józef Gracka rodem ze Lwowa.

* **Nekrologija**. W Pradze umarł b. prof. kliniki wewn. Halla.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich

W *Gazecie Lek.* Nr. 3: Teichmanna: Trzy rzadkie nieprawidłowości, które spowodowały głuchotę; Nenckiego i Fabiana: O przetworach fermentownych mleka, a mianowicie o kumysie i kefirze; Szadka: Leczenie przymiotu głębokiemi wstrzykiwaniami przetworów rtęciowych (dok.). — W *Medycynie* Nr. 3: Florkiewicza: Uwagi i spostrzeżenia z zakresu etyjologii ropnego zapalenia wątroby; Stankiewicza: Przyczynek do nauki o leczeniu złamań rzepki (dok.); Pacanowskiego: Obecny stan kwestyi o nadmiernêm wydzielaniu i nadmiernéj kwaśności soku żołądkowego.

Redakcyja otrzymała:

Prof. KORCZYŃSKI i Dr. JAWORSKI: Klinische Befunde bei Ulcus u. Carcinoma ventriculi sowie bei Magenblutungen. (Odbitka z „D. med. Woch. 1886 Nr. 47—49). Berlin 1887 in 8vo str. 40.

Dr. Klemens KÖHLER: Ukleje nosa. (Odbitka z rocznika Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu 1887), in 8vo str. 23.

Dr. Br. ZIEMIŃSKI (w Paryżu): De l'ophthalmie croupale. (Odbitka z „Recueil d'Ophthalmologie"). Paryż 1886, in 8vo str. 15.

Dr. H. PACANOWSKI: Nerwice żołądka. (Odbitka z „Kroniki Lekarskiéj"). Warszawa 1887, in 8vo str. 77.

Nicolai TUFANOW: Uiber Cyclamin, Inauguraldissert. Dorpat 1886, in 8vo 91.

Hermann THOMSON: Uiber die Beeinflussung der peripheren Gefässe durch pharmakologische Agentien, Inauguraldissert. Dorpat 1886, in 8vo str. 105

Verlagskatalog von Ferdinand Enke in Stuttgart. Zur Feier des 50j. Bestehens der Firma. Stuttgart 1887 in 8vo str. 173.

Ustawa Towarzystwa lekarzy w Łodzi. Łódź 1886, in 12 str. 33.

Piśmiennictwo lekarskie. LANDOIS L. Lehrbuch der Physiologie des Menschen 5 Aufl. M. zahlr. Holzschn. 1 Abth. 8 Wien, Urban et Schw. M. 5.

OERTEL M. J. Therapie der Kreislaufs-Störungen etc. 3 Aufl. M. 38 Abb. 8 Leipzig. F. C. W. Vogel. M. 6.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 26 b. m. o godzinie 6éj popoł. w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém 1) Kol. prof. Obaliński przedstawi dwoje chorych operowanych w szpitalu św. Łazarza. 2) Dr. Walentowicz przedstawi pasorzyty z gatunku *Echinorhinchus*, poczém 3) odbędzie się dyskusyja nad wykładem Dra Prusa o cholerze i nad przypadkiem przedstawionym na ostatniém posiedzeniu przez Dra Górskiego.

W skutek objawionego życzenia chętnie podawać będziemy wiadomość o osiedlaniu się kolegów w Galicyi, Bukowinie i Szląsku lub w innych prowincyjach; w którymto celu upraszamy kolegów o zawiadomienie nas wczesne o wyborze miejsca pobytu lub przeniesieniu z urzędu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 6540.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs celem obsadzenia posady lekarza ordynującego przy tutejszym szpitalu publicznym. Z tą posadą jest roczna pensyja w kwocie 500 zlr. w. a, połączona. Kompetent ma być doktorem medycyny i chirurgii, lub też doktorem wszech nauk lekarskich, przy czém się nadmienia, że operator fachowy będzie miał pierwszeństwo przed innymi. musi mówić po polsku i po niemiecku i powinien mieszkać w Białej. Nadmienia się jeszcze, że mianowanemu lekarzowi tegoż szpitala nie wolno będzie bez zezwolenia Rady gminnéj i Wysokiego Wydziału krajowego żadnéj innéj publicznéj służby przyjąć. Ubiegający się o tę posadę, mają swe należycie udokumentowane podania przy dołączeniu dowodów uzdolnienia naukowego, dotąd wykonywanéj praktyki w zawodzie lekarskim, gruntownéj znajomości języka polskiego i niemieckiego, daléj co do wieku i stosunków familijnych, najdaléj do ostatniego Lutego b. r. do podpisanéj Zwierzchności gminnéj przesłać.

Zwierzchność gminna

Biała, dnia 11-go Stycznia 1877 r. Burmistrz *Nahowski.*

KONKURS.

Na posadę lekarza sekundaryjusza przy szpitalu powszechnym w Jaśle z roczną płacą 300 zlr. i wolném pomieszkaniem w budynku szpitalnym.

PP. Kompetenci wszech nauk lekarskich zechcą podania swe wnieść na ręce burmistrza w terminie do ostatniego Stycznia 1877.

Jasło dnia 3go Stycznia 1887. Burmistrz *Metzger.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.